

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem -**  
**Modalidade Expandido**  
**Pólo III - Universidade Federal de Santa Maria/UFSM**

***CUIDADO SOLIDÁRIO***

**Aluno: Luiz Antonio Bettinelli**

**Passo Fundo, julho de 1998.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem -  
Modalidade Expandido

Pólo III - Universidade Federal de Santa Maria/UFSC

## CUIDADO SOLIDÁRIO

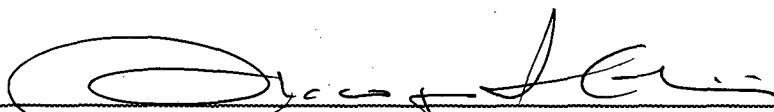
Luiz Antonio Bettinelli

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

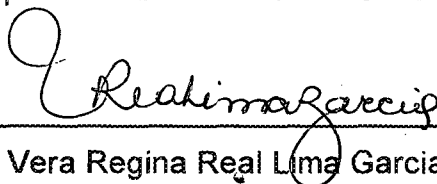
### MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

sendo aprovada em 17 de julho de 1998, e atendendo às normas de legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

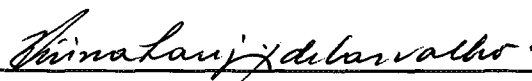
Banca Examinadora:



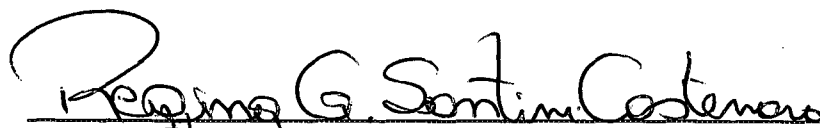
Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann - Orientadora - Presidente



Profª Drª Vera Regina Real Lima Garcia - Membro



Profª Drª Vivina Lanza-rini de Carvalho - Membro



Profª Dda. Regina Gema Santini Costenaro - Membro



Profª Drª Marta Lenise Prado - Suplente

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem -  
Modalidade Expandido**

**Pólo III - Universidade Federal de Santa Maria/UFSC**

***CUIDADO SOLIDÁRIO***

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de assistência em enfermagem.

Aluno: Luiz Antonio Bettinelli

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que me estimularam e me ajudaram, contribuindo para a realização desta etapa de minha vida.

Agradecimento especial:

- A Deus e a Nossa Senhora Aparecida, pela fé na vida.
- Ao meu pai, Moacir, e à minha mãe, Judite, pela vida e pelos ensinamentos.
- Para alguém que, mesmo distante, sempre esteve ao meu lado.
- À Izabel, minha esposa, pela paciência, compreensão e apoio durante esta caminhada.
- À dra. Alacoque L. Erdmann, minha orientadora, por ter acreditado em mim, pelo conhecimento compartilhado, pela disponibilidade, paciência e amizade.
- À dra. Vera Regina Real Lima Garcia, pelo desprendimento e pelas orientações precisas ao longo do mestrado, *como coordenadora dialético-pedagógica.*
- Aos colegas do mestrado, pela convivência, pela troca e pelo respeito mútuo. À Dalva M. Pomatti e à Denise S. Poletto, pelo apoio incondicional, pelas viagens gostosas a Santa Maria e a Florianópolis (apesar das multas!), pela solidariedade nesse tempo de convivência muito próxima. Tudo isto jamais será esquecido, faz parte da nossa história.
- À enfermeira Daniela Silva e à sua equipe: Suzana, Liliane, Jândala, Patrícia, Ignês, Cleide, Adriana e Zélia, pois sem elas o trabalho não seria possível.
- Aos pacientes que me ensinaram a cuidar, ao longo de minha trajetória profissional e de vida.
- Aos afilhados, em especial ao Marcelo, pelo estímulo à vida, pela pureza e ingenuidade.
- À administração do Hospital São Vicente de Paulo, pelo estímulo e compreensão durante esse tempo.
- Às enfermeiras Carmelina Pelegrini e Liege Silveira Dutra, e a toda a equipe de enfermagem do HSVP. Quero dividir este momento de realização com cada um,

pois faço parte dessa equipe com muito orgulho e a enfermagem faz parte de minha vida. É possível o cuidado solidário, tendo sensibilidade, disponibilidade e envolvimento.

- À Rosi, pela ajuda incondicional na elaboração do trabalho.
- À Carla e ao Luís Carlos, da Comunicação Social do HSVP, e ao Paulo C. Rigon, pela disponibilidade na elaboração dos trabalhos ao longo do curso.
- Às dras. Vivina L. de Carvalho, Vera Regina Real Lima Garcia, Tamara I. Ciaccirullo, Marta L. Prado, às doutorandas Vera Radünz e Regina G. Costenaro, pela valiosa contribuição e pela avaliação criteriosa do projeto e do trabalho.
- À Carolina, pelo estímulo constante do primeiro ao último dia do mestrado.
- Aos formandos do curso de Enfermagem da UPF de julho de 1997 e julho de 1998, pela troca, pelo carinho e estímulo ao longo da convivência. Aprendi muito com cada um.
- Aos professores da Universidade de Passo Fundo que me estimularam e ajudaram durante esta etapa da vida.

# SUMÁRIO

<b>1 - DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL À PROPOSTA DE ESTUDO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 - OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 - OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>3 - A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UTI E A SOLIDARIEDADE: ALGUNS FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4 - MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>30</b>
4.1 - CRENÇAS QUE FUNDAMENTAM E ORIENTAM A ELABORAÇÃO DOS CONCEITOS .....	30
4.2 - CONCEITOS UTILIZADOS .....	32
4.2.1 - <i>Ser humano</i> .....	32
4.2.2 - <i>Saúde/Doença</i> .....	33
4.2.3 - <i>Enfermagem</i> .....	35
4.2.4 - <i>Solidariedade</i> .....	36
4.2.5 - <i>Cuidado solidário</i> .....	38
4.2.6 - <i>Ambiente de relações</i> .....	40
4.3 - DESENHO DO MARCO CONCEITUAL E SUA INTERPRETAÇÃO.....	43
<b>5 - METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
5.1 - LOCAL DO ESTUDO .....	47
5.2 - CLIENTELA ENVOLVIDA.....	48
5.2.1 - <i>Equipe de enfermagem</i> .....	48
5.2.2 - <i>Pacientes envolvidos no trabalho</i> .....	50
5.3 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	51
5.4 - A CONSTRUÇÃO DE VIVÊNCIAS PARA BUSCAR O ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE COMO OCORREM AS RELAÇÕES ENTRE AS PESSOAS NO CUIDADO EM UTI.....	52
5.5 - CONSTRUÇÃO DE VIVÊNCIAS PARA REFLETIR COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS PRINCÍPIOS DA SOLIDARIEDADE NO CUIDADO EM UTI.....	73
5.5.1 - <i>Comparativo entre o cuidado do início da prática assistencial e após as discussões sobre o princípio da solidariedade no cuidado em UTI</i> .....	96
5.5.2 - <i>Análise do nível de satisfação e motivação para o cuidado no final da prática assistencial</i> .....	101
5.6 - VIVÊNCIAS DE PACIENTES NA UTI E SEU ENTENDIMENTO SOBRE AS ATITUDES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO SOLIDÁRIO .....	107
5.6.1 - <i>Comparativo entre o que os pacientes de UTI esperam da enfermagem e o que a enfermagem relata ignorar, muitas vezes, no cuidado</i> .....	136
5.6.2 - <i>O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas e negativas na assistência em UTI</i> ... 137	137
5.6.3 - <i>O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas e negativas, na percepção dos pacientes de UTI</i> .....	138
5.6.4 - <i>A percepção dos profissionais e dos pacientes em relação à solidariedade, no cuidado na UTI</i> .. 139	139
5.6.5 - <i>A influência dos fatores do ambiente da UTI na prestação do cuidado solidário na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	139
5.6.6 - <i>Cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	140
5.6.7 - <i>O cuidado solidário como valor social, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	140
5.6.8 - <i>O cuidado solidário como valor afetivo, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	140
5.6.9 - <i>O cuidado solidário como valor fisiológico, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	141
5.6.10 - <i>O cuidado solidário como valor moral, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	141
5.6.11 - <i>O cuidado solidário como valor organizativo, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .. 141	141
5.6.12 - <i>Reflexões sobre a prática do cuidado solidário em UTI, na percepção dos profissionais e dos pacientes</i> .....	142
<b>6 - ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>143</b>
<b>7 -ASPECTOS EDUCATIVOS.....</b>	<b>147</b>

<b>8 - REFLEXÕES SOBRE O MARCO CONCEITUAL</b> .....	<b>150</b>
<b>9 - SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA VIVIDA</b> .....	<b>159</b>
9.1 - ASPECTOS POSITIVOS EVIDENCIADOS NO EXERCITAR O CUIDADO SOLIDÁRIO.....	163
9.2 - TÓPICOS PARA REFLEXÃO .....	164
<b>10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>166</b>
<b>11 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	<b>169</b>
<b>12 - ANEXOS</b> .....	<b>172</b>

## RESUMO

O estudo apresenta o relato de uma proposta humanística de assistência de enfermagem de caráter investigativo e natureza crítico-reflexiva, ao paciente internado na UTI de um hospital geral. A proposta vem alicerçada no princípio da solidariedade, partilhando conhecimentos e sentimentos e tentando respeitar as diferenças nesta relação, de modo que o cuidado seja um compromisso resultante de um processo gradual de presença, envolvimento, reciprocidade, disponibilidade e co-responsabilidade, na tentativa de restabelecer a saúde do ser humano. A equipe de cuidadores, os pacientes e a referência conceitual formaram o suporte para discutir as concepções de ser humano, ambiente de relações, enfermagem, saúde/doença, cuidado solidário e solidariedade. Isto possibilitou refletir criticamente a prática do cuidado solidário no contexto estudado. A interpretação dos dados levantados foi realizada por uma análise de conteúdos que utilizou-se da composição de categorias e sub-categorias propostas por Bardin(1977). A categorização, que privilegiou a avaliação do cuidado como um valor, possibilitou destacar que o cuidado solidário é um valor cognitivo, afetivo, social, moral, fisiológico e organizativo, presente nas diversas nuances do cuidar em enfermagem. Foram analisadas também as atitudes positivas e negativas da enfermagem, além da influência dos fatores do ambiente da UTI sobre as pessoas e na assistência prestada. A solidariedade é um processo de construção gradual, feito através do compartilhar de conhecimentos e de sentimentos, podendo levar a uma aproximação mais autêntica e verdadeira entre o profissional e o paciente, ocasionando maior satisfação às pessoas e maior valorização da vida.



## **ABSTRACT**

The study presents the report of a humanistic proposal of attendance of nursing of investigative character and critical-reflexive nature to the patient interned in UTI of a general hospital. The proposal comes foundationed at the beginning from the solidarity, sharing knowledge and feelings and trying to respect the differences in this relationship, so that the care is a resulting commitment of a gradual process of presence, involvement, reciprocity, readiness and co-responsability, in the attempt of reestablishing the human being health. The caretakers' team, the patients and the conceptual reference formed the support to discuss human being conceptions, Atmosphere of Relationships, Nursing, Health/Illness, Solidary Care and Solidarity. This facilitated to reflect the practice of the solidary care critically in the studied context. The interpretation of the data was accomplished by an analysis of contents that was used of the composition of categories and sub-categories proposal by Barin(1977). The categorization, that privileged the evaluation of the care as a value, facilitated to highlight that the solidary care is a cognitive, affective, social, moral, physiologic and organizer value present in the several nuances of taking care in nursing. They were also analyzed the positive and negative attitude of nursing, besides the influence of the factors of the atmosphere of UTI on the people and in the rendered attendance. The solidarity is a process of gradual construction, done through sharing of knowledge and feelings, could take to a more authentic and true approach between the professional and the patient, and causing larger satisfaction to the people and larger valorization of the life.

# 1 - DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL À PROPOSTA DE ESTUDO

*“A solidariedade é a forma de aproximação humana, é ter fé na vida.”*

Herbert de Souza (1997)

Atuando como enfermeiro docente-assistencial na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário São Vicente de Paulo, em Passo Fundo, RS, acompanhei a evolução da terapêutica, da tecnologia e do cuidado aos pacientes\* deste setor. A avaliação se torna mais crítica quando observados os aspectos das relações sociais, as relações dos profissionais com os pacientes e familiares. Esta avaliação, retrospectiva e também prospectiva, tem deixado os profissionais inseguros, inquietos, pois não se observa o mesmo crescimento das relações no cuidado, se comparadas ao crescimento da tecnologia.

A inquietação sobre o tema surgiu já há algum tempo, quando comecei a me questionar sobre a minha postura bastante tecnicista, mais direcionada à doença, aos sinais e sintomas e aos exames laboratoriais, do que ao paciente como ser humano que se sente inseguro e com medo de estar numa UTI. Preocupava-me basicamente com a fisiopatologia, esquecendo muito da sensibilidade, da intuição, pois o que importava era o científico e o que pode ser quantificado. O envolvimento, a troca de sentimentos, aprendi serem quase que proibidos, pois caso houvesse uma relação mais profunda com o paciente, poderia perder o equilíbrio ficar muito sensível, misturar as coisas e esquecer da objetividade, tão necessária para a tomada de decisão rápida nas questões de UTI.

As discussões com a equipe de enfermagem da UTI e com acadêmicos da Enfermagem do VIII nível da Universidade me levaram a aprofundar o tema do envolvimento, enquanto pessoa/ser no cuidado, a fim de torná-lo menos mecânico e fazer com que os profissionais se preocupem mais com o ser humano do que com a doença ou com os equipamentos. Outra preocupação que me angustiava muito era a rotinização do setor, a pouca flexibilidade das normas existentes, fazendo com que o grupo se tornasse um tanto alienado e, sem refletir sobre seus atos ou sua postura, muito mecânico, repetitivo e, às vezes, não pensante.

---

\* Termo usado na instituição em que foi feita a prática assistencial para referir o ser humano que necessita de cuidados.

Em face de todas estas inquietudes emergentes durante o mestrado, e mesmo na minha trajetória profissional, é que me propus buscar mais subsídios nas leituras e nas conversas com os professores e colegas, e ouvir a equipe de enfermagem da UTI, sobre qual é o nosso verdadeiro papel profissional num ambiente extremamente tecnicista e especializado. Muitas pessoas da equipe tinham estes mesmos questionamentos. Não tinham respostas, mas sabiam que alguma coisa devia ser feita, mediante uma reflexão mais profunda sobre a prática do cuidado em UTI.

Percebo que a visão tecnicista leva à inversão de valores, preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano internado. Sabe-se muito sobre a máquina e pouco ou quase nada sobre a pessoa que se está cuidando. Além disso, repensei a forma hierárquica pela qual a enfermagem trata os pacientes, dando-lhes quase nenhuma liberdade de escolha ou nenhuma autonomia para que possam, verdadeiramente, decidir o caminho de sua trajetória de vida. O paciente hoje não é sujeito, mas objeto e “recipiente” de ordens ou de cuidados da enfermagem.

As relações sociais são bastante complexas e marcadas por interesses divergentes, fazendo com que a autonomia fique muito frágil. O princípio de dominação no trabalho e nas relações permanece constante ao longo da história da civilização. A idéia do homem plenamente livre ainda é uma utopia, talvez longe de acontecer, apesar de considerar-se a autonomia e a liberdade do homem como a base para a construção de uma sociedade solidária.

O homem, por natureza, é um ser social, um ser de interação, um ser de interdependência. Ele só cresce e se realiza quando troca as suas experiências e sua vivência com o outro, ou seja, se fizer uma troca de sentimentos. Quanto maior for a profundidade e a intensidade desta vivência, maior será a aproximação entre as pessoas, criando um ambiente agradável e solidário. Esta interação solidária não pode ser vista como um dever, como uma norma ou uma lei, mas como um fato humano, tornando-se um valor.

A competitividade, nos dias atuais, torna o homem extremamente egoísta, individualista, que vê no outro um concorrente, alguém que até quer o seu insucesso e a sua derrota. Na luta pela sobrevivência, o homem avança disfarçado, não confia a ninguém seus planos, suas idéias e seus sonhos, não podendo, muitas vezes, revelar o que sente nem a si mesmo. Isto é a pior forma de alienação. O fato de poder externar idéias é uma forma de compartilhar, uma forma de crescer junto com o outro. O homem, por ser eminentemente

social, necessita desta troca de experiência como forma de complemento e de realização pessoal. Na verdade, ele está a cada dia reduzindo a sua autonomia, sua liberdade. Está se fechando em si mesmo, como forma de resguardar o que pensa e o que sente. Quase tudo é segredo, não podendo ser dividido nada com o outro, pois, se fizer isto, corre o risco da desvantagem, caso o outro utilize as idéias externadas em benefício próprio. É preciso mudar rapidamente este paradigma do individualismo, da ganância pelo poder, do egoísmo e da desconfiança de tudo e de todos.

A humanidade vive de forma compartimentada, atomizada, individualista, tratando o seu próximo com indiferença. É por meio da solidariedade espontânea que conseguiremos viver melhor, podendo participar da realização do outro. Nesta transição, nesta etapa de mudança da sociedade, é importante despertar para a solidariedade, para o desejo de entreajuda que existe guardado dentro de cada um.

Pensar nesta relação é pensar em coexistência, em co-responsabilidade, no desejo de viver numa sociedade mais igualitária, mais socializada, pressupondo para isso que a liberdade e a autonomia sejam uma vinculação espontânea entre as pessoas.

A palavra solidariedade está sendo muito utilizada neste final de milênio, porém, representa um tema muito complexo, que suscita e envolve vários sentimentos no homem. É muito mais do que um princípio ético e moral. É um valor universal que, com certeza, se for estimulado entre as pessoas, conseguirá transformar a sociedade. Ela dá sustentação ao desejo de uma vida mais digna para todos, favorece o pensamento consciente, a liberdade no agir para transformá-la para melhor. Não se trata de sonhar com o melhor dos mundos, mas, sim, de sonhar e conscientizar para que se conquiste um mundo melhor, onde todos tenham oportunidades iguais de expor suas idéias, de participar na escolha do mundo que querem para si e para os outros, pois, exercendo o poder de escolha, exercitarão a cidadania consciente e responsável.

O homem, por sua natureza social, vive em constante dicotomia, ou seja, de um lado, mostra solidariedade a determinadas situações, participa e colabora nos momentos de crise e de conflitos; de outro lado, é tentado ao individualismo, ao egoísmo, a atitudes de inveja e de ciúme. Esta dualidade de comportamento do homem que se mostra comprometido e descomprometido, ao mesmo tempo que se estimula pela confiança, só encontra razão para desconfiar. Mas, neste contexto, onde a insegurança dos sentimentos é a tônica das atitudes humanas, questiona-se como construir o homem co-responsável e

recíproco. Estas múltiplas faces do homem mostram a incompletude, o inacabamento só encontrará respostas positivas num processo de contínuo crescimento e adaptação a situações novas. É este crescimento que traz motivação para uma tentativa de tornar a vida mais confortável, mais prazerosa e feliz.

A sobrevivência com dignidade e a realização pessoal necessitam de uma convivência solidária. Com isso poder-se-á alcançar o aspecto fundamental da cidadania, com uma boa qualidade de vida. Eis a síntese de todas as vontades, individuais e sociais, na busca do ordenamento dos valores para a sociedade, sem exclusão, com oportunidade para todos e, conseqüentemente, sem fome, sem miséria e sem injustiças.

Os ideais de solidariedade sempre foram importantes para a formação do cidadão, e segundo o Art. 20 da Lei 9.394, de 20 de setembro de 1996 (Diretrizes e Bases da Educação Nacional),

“a educação dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Com base nisto, também há a necessidade de se repensar o ensino-aprendizagem das escolas de graduação de enfermagem, valorizando mais a experiência do educando, estimulando a criatividade, o desenvolvimento científico e o pensamento reflexivo dos envolvidos neste processo.

Todos os aspectos citados são sentidos e vivenciados nas relações sociais e nas relações do cuidado ao paciente na UTI, dificultando a interação e, conseqüentemente, proporcionando uma assistência com menos qualidade, trazendo desmotivação aos profissionais e insatisfação por parte da população assistida naquele setor.

Acredito que, pelo cuidado solidário, o profissional de enfermagem poderá exercitar uma convivência humana mais harmônica, com uma vida melhor para todos.

Foi pensando nesses conceitos que, com base no conhecimento peculiar e na orientação precisa, segura, mas também liberal, da dra. Alacoque L. Erdmann, decidiu-se o tema, numa noite chuvosa e fria de Santa Maria, propondo-se a solidariedade como fundamento do cuidado.

A partir daí, por meio de leituras feitas durante a prática assistencial, e com a orientação dos professores responsáveis por esta disciplina, dra. Maria Tereza Leopardi, dra. Vera Regina Real Lima Garcia, dra. Vivina Lanzarini de Carvalho, dr. Ivo Gelain e da

doutoranda Roza Gonzales, iniciei a caminhada rumo à elaboração do trabalho. Por orientação da dra. Alacoque houve mudanças significativas no texto, como o enxugamento e a alteração dos conceitos e objetivos anteriormente estabelecidos.

O objetivo do trabalho foi propor uma assistência ao paciente de UTI alicerçada no princípio da solidariedade, qual seja, a presença, o envolvimento e o partilhar de sentimentos/conhecimentos, com a reciprocidade e a disponibilidade do profissional/paciente. No início da prática assistencial, buscou-se ver como estavam sendo percebidas as relações do cuidado em UTI pela equipe de enfermagem. Isto se deu por meio de várias reuniões, onde se discutiam os conceitos utilizados no marco conceitual sobre o cuidado solidário e também sobre aspectos éticos na assistência em UTI. A partir do entendimento teórico e pessoal sobre os princípios da solidariedade, foi traçado como objetivo construir uma proposta idealizada, e relatar algumas experiências vivenciadas com o cuidado solidário a pacientes de UTI.

Ao realizar o estudo de caráter investigativo, utilizei a análise de conteúdos segundo Bardin (1997), baseando-me nos dados obtidos com os três instrumentos aplicados e com a vivência da assistência prestada aos pacientes. Utilizou-se o mesmo instrumento no início e no fim da prática assistencial, e outro com pacientes internados na UTI.

Os subsídios recolhidos me orientaram e nortearam a experiência, para que o aprendizado fosse incorporado por mim e pela equipe, no modo de ver, perceber e fazer a enfermagem centrada na solidariedade, que é uma expressão da natureza humana e do cuidado com a vida do homem.

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 - Objetivo Geral**

Propor uma assistência de enfermagem ao paciente internado na UTI, alicerçada no princípio da solidariedade, partilhando conhecimentos e sentimentos e tentando respeitar as diferenças nesta relação, de modo que o cuidado solidário seja um compromisso resultante de um processo gradual de presença, envolvimento, reciprocidade, disponibilidade e de coresponsabilidade, na tentativa de restabelecer a saúde do ser humano.

### **2.2 - Objetivos Específicos**

- Buscar o entendimento dos profissionais de enfermagem de como ocorrem as relações entre as pessoas hoje envolvidas no cuidado em UTI.
- Refletir, com a equipe de enfermagem, o entendimento teórico e pessoal sobre os princípios da solidariedade na prática do cuidado, a partir do marco teórico elaborado pelo pesquisador.
- Construir e implementar uma proposta idealizada de cuidado solidário, relatando algumas primeiras experiências realizadas na UTI.
- Conhecer opiniões de pacientes sobre as atitudes da enfermagem, no processo do cuidado solidário na UTI.

### **3 - A ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UTI E A SOLIDARIEDADE: ALGUNS FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

No desenvolvimento da prática assistencial com a equipe de enfermagem da UTI, busquei subsídios que possibilitassem ter um substrato teórico aprofundado, para que pudessem ocorrer mudanças nas atitudes das pessoas envolvidas no cuidado solidário.

Para implementar uma prática assistencial centrada no cuidado solidário precisei fundamentá-la teoricamente. Busquei na literatura, além de conceitos atualizados de solidariedade, alguns conteúdos sobre aspectos da comunicação e do relacionamento humano. Faço também uma revisão crítico-reflexiva, apoiada nas idéias de estudiosos do campo da enfermagem e de outras áreas do saber humano, sobre a tecnologia moderna e as maneiras já consagradas de cuidar.

Como a possibilidade de obter êxito, na minha proposta de cuidar em enfermagem, está condicionada a uma mudança de atitudes das pessoas envolvidas na assistência, precisei encontrar respaldo teórico no campo dos valores, como sensibilidade, envolvimento, dignidade humana e ética, que na minha opinião são fundamentos para que uma nova conduta seja adotada.

Aspectos sobre a importância da interação humana na prestação do cuidado foram encontrados na literatura, em cujas entrelinhas está o conceito de cuidado solidário ao ser humano. Além disso, estes aspectos mostram que é importante o profissional de enfermagem envolver-se com o paciente na prestação da assistência. O envolvimento profissional, no meu entendimento, não irá prejudicar o cuidado a ser prestado. Acredito também que, se não acontecer esse envolvimento pessoal, haverá uma distância entre o profissional e o paciente, levando a um relacionamento frio e prejudicando, assim, o cuidado de enfermagem. Este cuidado seria denominado "cuidado de enfermagem tradicional" ou estritamente "profissional", em contraposição ao conceito de "cuidado solidário".

O uso de equipamentos sofisticados faz com que o profissional tenha dificuldades de ver um paciente na sua totalidade, valorizando muito a patologia ou os distúrbios fisiológicos que o mesmo apresenta. Barbosa (1995, pág. 21) diz que

“é um dos princípios do sistema técnico a fragmentação, tendo como efeito a despersonalização do cuidado de saúde e a criação de estruturas burocráticas. Isto torna difícil a manutenção da identidade individualizada de clientes”.



O princípio da especialização dos profissionais da saúde, gradativamente, preocupou-se em aprofundar cada vez mais os conhecimentos em cada área, o que provocou a fragmentação do paciente, que não foi mais tratado com individualidade e perdeu assim a sua dignidade humana.

Complementando, Barbosa (1995, pág. 21) refere que

“a tecnologia evolui cada vez mais, possibilitando uma melhor assistência e em muito facilitando o próprio senso da enfermagem, propiciando um tempo maior de atuação junto ao ser humano; no entanto, provocou um efeito direto, ... muitas vezes o profissional relaciona-se mais com as máquinas do que com outras pessoas que compõem o cenário nas situações de UTI”.

Os profissionais da UTI, historicamente, sempre supervalorizam mais as práticas tecnicistas, os equipamentos sofisticados, fazendo com que a relação humana com o paciente se torne fria, fragmentada, simplificada e, às vezes, distante. Os cursos universitários da área de saúde sempre pregaram o não-envolvimento do profissional com o paciente, pois este envolvimento prejudicaria a atuação científica, a objetividade e o atendimento racional tão necessários na hora da urgência. Explicando isto, Santin (1994, pág. 23) comenta:

"O resgate da sensibilidade precisa acontecer nas duas dimensões, enquanto conhecimento válido e enquanto vida afetiva, condições inerentes à vida do sujeito... trata-se de conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade".

Não quero questionar, de maneira sumária, o tecnicismo e a tecnologia, mas sim a posição que ocupam hoje na UTI e nas relações dos profissionais que trabalham neste setor. A própria comunidade valoriza e se sente mais segura, quando o hospital adquire equipamentos mais sofisticados, não valorizando da mesma forma o aperfeiçoamento e a qualidade de quem presta a assistência.

Schwartz, citando Takahashi, (1997, pág. 05) confirma: *"A UTI é um ambiente tenso e agressivo, pois, além da situação crítica do paciente, tem-se um ambiente físico, como equipamentos que são a aparência da frieza e desumanidade"*.

O ambiente da UTI, seu espaço físico, seus equipamentos e materiais não são suficientes para proporcionar um cuidado integral, individualizado, e para tratar o paciente como um ser único e singular, na tentativa de restabelecer a sua saúde, o mais rápido possível, para reintegrá-lo na sociedade em que vive.

Para Ratton (1992),

"uma pessoa, dentro da UTI, encontra-se deitada, portando tubos, sondas e aparelhos que produzem sons irritantes e assustadores. Alia-se ainda a execução de técnicas e procedimentos traumáticos, a ocorrência de cenas dramáticas e o possível agravamento da doença. Tudo isso pode vir a afetar a estrutura psicológica do paciente".

Complementando, Marsden (1991, pág. 412) ratifica:

"Os pacientes são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos são isolados, alienados e despojados de sua dignidade...".

Muitas vezes, o paciente apresentará reações imprevisíveis em função do ambiente da UTI. Os ruídos, os sons, as emergências, a agitação e o não-entendimento das situações de gravidade dos outros pacientes levam o ser humano enfermo a apresentar sentimentos de medo, insegurança, isolamento, podendo chegar à incapacidade de dormir um sono tranquilo e, conseqüentemente, necessitando de maior uso de tranqüilizantes.

Acredito, se conseguirmos quebrar esta dicotomia e mudar este paradigma, que o cuidado de enfermagem irá ter maior qualidade e resolubilidade no atendimento aos pacientes. Saliento também a necessidade de que a assistência de enfermagem seja prestada de forma sistematizada, individualizada, solidária, embasada nos princípios pregados nas teorias de enfermagem. Hudak e Gallo (1997, pág. 06) informam que

"o processo de enfermagem serve como uma estrutura sistemática na qual o enfermeiro busca informação, responde a indicações clínicas, identifica e responde as questões que afetam a saúde do paciente".

Para salientar a tecnolatria mencionada anteriormente, Crema (1993, pág.133) afirma:

"Sofremos atualmente as conseqüências do condicionamento materialista, mecanicista e reducionista do paradigma cartesiano-newtoniano ... o homem, então, se fez máquina, robotizou a sua mente e mecanizou a sua rotina existencial".

Muitas vezes sabemos tudo sobre o funcionamento da máquina e dos equipamentos, mas muito pouco sobre quem é a pessoa que estou cuidando. A ação do cuidado deve centrar-se mais na pessoa e não somente na sua doença ou nos equipamentos que, temporariamente, mantêm a vida do paciente. A rotina do dia-a-dia na UTI, muitas vezes, inibe a percepção do profissional, podendo torná-lo alienado. Na verdade, toda atitude do profissional da enfermagem deve ter como meta a busca da dignidade humana, do respeito e valorização da vida e da qualidade deste viver. Dificilmente, no cotidiano da UTI, o paciente

é respeitado na sua individualidade e privacidade. Ignoram-se os valores, crenças, hábitos e costumes dele, impondo normas institucionalizadas, e as rotinas, muitas vezes inflexíveis, dificultam o cuidado. Na verdade, este se torna prisioneiro da tecnologia existente, pois que a enfermagem, de um modo geral, segue o modelo biomédico vigente, acreditando que toda assistência deve ser baseada em medicamentos, instrumentos ou equipamentos. É evidente que eles fazem parte da assistência, porém outro componente importante e imprescindível é a preocupação com o lado humano do paciente. A máquina artificial não tolera o ambiente em desordem, obedece estritamente ao que foi programado. Já a “máquina humana”, pela imprevisibilidade de atitudes, é menos confiável, embora tenha facilidade de adaptar-se, de utilizar estratégias, seja criativa e, principalmente, capaz de utilizar o maior trunfo nas relações do cuidado, que é ter sentimento e sensibilidade, ao interagir com o outro ser humano. Outro fator importante, neste contexto, é ter em mente que o ser humano (tanto o cuidador como o que é cuidado) tem liberdade de escolha e autonomia para decidir o que é melhor a cada momento. A pessoa deve ser sujeito e não objeto do cuidado, pois tem direito a construir a sua própria história e a decidir sobre a sua vida. Os que não estão podendo decidir, como muitos pacientes de UTI, devem ser protegidos pela enfermagem. Todo cuidado solidário é pensado a partir do indivíduo e não a partir da doença que o acomete.

Segundo Capra (1983), *"a missão cartesiana impediu os médicos de considerarem a dimensão psicológica das doenças e os psicoterapeutas de lidarem com o corpo de seus pacientes"*.

Complementando, Barbosa (1995, pág. 25) alerta:

“Como a tecnologia avançou, tornando-se mais poderosa, somos crescentemente capazes de salvar vidas, mas não pessoas, onde muitos clientes tem vida sem experiência, vida sem consciência, vida sem relacionamentos”.

Muitas vezes, a enfermagem, com esta visão tecnicista que valoriza sobremaneira os instrumentos, impede reflexões diárias sobre postura e conduta profissional, distanciando cada vez mais a pessoa do profissional da pessoa a ser cuidada. Esta postura pode até tornar-se antiética, inibindo o exercício da reciprocidade, da troca e da utilização da sensibilidade ao cuidar.

Para Patrício (1996, pág. 29),

“o novo paradigma teria atitudes para a transformação ... uma prática de solidariedade, de comunidade, investir-se afetivamente nesta luta, com afeto e subjetividade, envolvimento, engajamento de consciência, sem economia de afeto” .

O paradigma emergente é o que retoma o diálogo, o envolvimento, a reciprocidade, a sinceridade, enfim, o retorno do sensível nas relações do cuidado.

Segundo Hudak e Gallo (1997, pág. 4-5),

"hoje, mais do que nunca, o enfermeiro em cuidados intensivos deve ter base de conhecimento que facilite a capacidade de perceber uma grande variedade de questões, bem como informações altamente definidas e específicas. O profissional atual também deve ser o mais auto-realizável possível - física, emocional e espiritualmente - a fim de atender os desafios de cuidar daqueles gravemente enfermos. Clientes cada vez mais comprometidos, tecnologia cada vez mais complexa, população cada vez mais idosa, dilemas éticos, pressões para redução de custos e alterações dos sistemas de serviço, incluindo a enfermagem, são algumas das questões atuais com as quais se deparam os enfermeiros em cuidados intensivos.

A enfermagem em cuidados intensivos requer uma capacidade de lidar com situações cruciais, com uma velocidade e precisão geralmente não necessárias em outras unidades assistenciais. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, porque, quando o distúrbio acomete um sistema orgânico, outros sistemas são envolvidos na tentativa de adaptar-se ao desequilíbrio.

A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes especiais, nem em meio ao equipamento especial, mas no processo de tomada de decisão baseado na sólida compreensão de condições fisiológicas e psicológicas".

A insensível tecnologia existente favorece o atendimento imediato, o diagnóstico mais preciso e dá segurança para toda a equipe da UTI, porém pode contribuir para o processo de desumanização, tornando as relações frias e distantes e fazendo com que o paciente se sinta abandonado, insignificante e invisível, se comparado à preocupação com os equipamentos.

Barbosa (1995, pág. 7) assim explica esta situação:

"Ainda que a tecnologia seja uma realidade extremamente marcante na UTI, sendo justificada como indispensável, somos cientes dos efeitos tanto benéficos quanto adversos que produz e como estes repercutem sobre a nossa prática assistencial. Dentre esses efeitos, pode-se esperar a atmosfera fria, impessoal e desfigurante em sua face humana, por colocar-se de mediação, provocando um distanciamento entre enfermeiro e clientes com os aparelhos que desenvolvem neles sentimentos de dependência e de submissão a estes".

E Barbosa (1995, pág. 7) segue dizendo:

“A própria denominação de “cuidado intensivo” sugere a presença de monitores, respiradores, fios, drenos, referindo uma gama de atividades que devem ser realizadas de modo intensivo, freqüente, rápido, geralmente subentendidas no plano físico, objetivo e imediato. Assim, o cliente transforma-se em um receptáculo de procedimentos, pacificando o reconhecimento de sua singularidade, e assim na avalanche de afazeres desse tipo, o pessoal de enfermagem perde a oportunidade de tornar a sua presença mais significativa ao encontro com o cliente, abrindo mão desta experiência, ao cuidar”.

Muitas vezes os dilemas que os profissionais de UTI vivenciam favorecem o aparecimento do estresse e alterações emocionais. Segundo Nason (1993, pág. 105),

“os profissionais apresentam o Burnout, síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução do desempenho pessoal, relacionado à tensão emocional crônica de lidar com outros seres humanos perturbados ou com problemas graves”.

A confusão e agitação psicomotora dos pacientes na UTI são, muitas vezes, efeitos colaterais deste ambiente "hostil", "desumano", desta relação objetiva demais entre a enfermagem e o paciente. Para Hudak e Gallo (1997, pág. 5),

"o paciente internado em unidade de cuidados intensivos necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física ... embora cada um de nós possua mecanismos fisiológicos e psicológicos que compensam o desequilíbrio, há situações nas quais não podemos adaptar-nos sem intervenção externa. É nesta situação que o enfermeiro em cuidados intensivos torna-se o defensor do paciente e favorece a adaptação”.

O relacionamento enfermeiro/paciente é complexo e difícil, pois neste setor há um estresse muito grande da equipe e dos pacientes/familiares, e a insegurança é uma constante.

Comentando a relação enfermagem/paciente na prestação do cuidado, Barbosa (1995, pág. 38) assim se manifesta:

“Neste encontro é preciso estar atento ao perigo da dominação que pode ocorrer, quando o enfermeiro impõe a sua visão de mundo ao cliente, e este deixa de ser reconhecido pelo profissional como um ser singular e único. Com isso o enfermeiro deixa de ser autêntico, escondendo-se atrás de um papel profissional...”.

A enfermagem tem uma estrutura bastante hierárquica, fazendo com que o cuidado seja algo imposto ao paciente, inibindo, com certeza, a liberdade de escolha e a autonomia da relação. O paciente fica dependente das atitudes e vontades da enfermagem, que o levam à insegurança e ao medo, pois ele não pode expor suas idéias. Todo relacionamento do cuidado

deve ter como base de sustentação a liberdade, a sensibilidade, o diálogo autêntico, a presença ativa, o compartilhar de conhecimentos na busca da valorização da vida.

O paciente de UTI não pode ser transformado num “recipiente” de ordens e de equipamentos. Tem que receber uma atenção terapêutica especial para que possa restabelecer a sua saúde o mais rápido possível, sentindo-se útil e, não, dependente total da equipe de enfermagem.

Complementando, Paterson e Zderad (1988, pág. 31) dizem:

“É importante considerar a amplitude dos encontros humanos, que vão do trivial ao extremamente significativo. As atividades de enfermagem, embora tragam o cliente e o enfermeiro em uma proximidade física, não garantem a autêntica intersubjetividade, onde um ser humano relaciona-se com outro como uma presença, em vez de um objeto”.

A presença ativa da enfermagem ao cuidar expressa a vontade de ajudar, de compartilhar conhecimentos e sentimentos e a disponibilidade para o diálogo que permite ao profissional perceber e entender o silêncio do paciente, atitude muitas vezes utilizada, quando ele quer demonstrar alguma coisa para a equipe.

Segundo Hudak e Gallo (1997, pág. 22-26),

"esse tipo de assistência e dedicação exige nossas energias em lugar daquelas que o paciente não possui temporariamente. Portanto, para manter nossas próprias reservas emocionais, também necessitamos apoiar uns aos outros, como colegas na unidade de cuidados intensivos, e realçar os sentimentos pessoais de vinculação em agrupamento e auto-estima. Agir como defensor do paciente significa experimentar a alegria dos pacientes que se recuperam, assim como a tristeza e raiva dos que não se recuperam”.

É importante também que a enfermagem permita ao paciente fazer algumas escolhas no seu tratamento em UTI, pois este fator irá diminuir a sensação de total dependência do profissional que o assiste.

Para Szasz (1994, pág. 308),

“embora nossas idéias sobre benefícios e danos variem de tempos em tempos, a história nos ensina a estar precavidos com benfeitores que privam beneficiários da liberdade ... preferimos nos compadecer do outro como paciente do que respeitá-lo como pessoa”.

Os profissionais, como benfeitores, têm que respeitar os pacientes (**beneficiários**) no cuidado, preservando a sua privacidade, sua dignidade, enfim, tratando-os como seres humanos que têm vontades, desejos e que, sem dúvida, querem recuperar a saúde, querem viver.

Para Hudak e Gallo (1997, pág. 9-10), deve-se:

"Ajudar a aumentar a sensação de controle do paciente por:

- proporcionar ordem e previsibilidade;
- utilizar orientação antecipada;
- permitir escolha sempre que possível;
- incluir o paciente nas decisões;
- fornecer informações e explicações.

Ajudar o paciente a desenvolver mensagens de autodiálogo que aumentem:

- segurança;
- sensação de controle;
- capacidade de adaptação;
- otimismo;
- esperança".

Outro fator importante no setor de UTI é que a enfermagem está em contato permanente com a situação de morte ou de perda. Com o passar do tempo, este fator pode provocar na equipe sensação de tristeza, incompetência, mau humor, depressão. Hudak e Gallo (1997, pág. 26) complementam, dizendo:

"A natureza da enfermagem em cuidados intensivos expõe o enfermeiro a repetidas perdas. Quando ele já sofreu esse tipo de perda por morte na sua vida pessoal, lidar com pacientes agonizantes pode, algumas vezes, reativar sentimentos e memórias associadas a esta perda pessoal. Portanto, é essencial que, na equipe de enfermagem, uns apoiem os outros, principalmente ouvindo de forma tolerante, quando um colega está expressando sentimentos geralmente considerados inaceitáveis".

Há também uma necessidade aumentada de toque, na unidade de cuidados intensivos, onde aparelhos e tecnologia contribuem fortemente para a despersonalização do paciente. O toque não relacionado a uma tarefa (toque afetivo) é uma potente intervenção terapêutica que transmite interesse. Segundo Hudak e Gallo (1997, pág. 43),

"a atenção, a confiança e o apoio desenvolvidos entre o enfermeiro e o paciente constituem o fundamento do vínculo enfermeiro/paciente. Nenhum outro profissional da saúde tem as oportunidades consistentes e frequentes de interagir com o paciente dentro dessa mesma estrutura. Nenhuma outra estrutura de interação pode oferecer uma fonte mais potente de apoio: um fundamento profissional, instruído e uma aceitação humana, atenciosa com uma pessoa de valor e dignidade".

Ao cuidar, o profissional da enfermagem deve valorizar a subjetividade, a intuição, a sensibilidade, não somente valorizar o científico, o objetivo e o racional. Deve também

considerar as experiências vivenciadas pelos pacientes, tentando, na medida do possível, dar oportunidade de escolha, para que ele possa se sentir responsável pelo seu tratamento, diminuindo gradativamente a dependência “total” da equipe que cuida dele.

Isto é definido por Garman e Rinehart (1991, pág.215):

“No estranho mundo de máquinas, medicações, desconforto e estranhos controlando suas funções fisiológicas, o cliente se percebe sem poder nenhum sobre si mesmo ... nesta atmosfera tensa e fria ... o enfermeiro dispende muito tempo “apagando pequenos incêndios”, ou lidando com uma crise após a outra, passando a ter dificuldade em ver o cliente como algo mais que problemas físicos”.

Segundo Barbosa (1995, pág. 27),

“o cuidar não fica restrito ao conhecimento exclusivamente pelo seu caráter “científico”, e a sua natureza não se circunscreve à execução de procedimentos, instrumentais, mas, sim, torna-se voltado à essência, de autenticidade expressiva, levando em consideração a singularidade e a valorização da intersubjetividade, tão renegada em função de uma habitual e quase forçada prática mecanicista do cuidar, no sistema institucional vigente”.

O paciente, mesmo em estado grave, não está dissociado do seu problema de saúde, pois ouve, sente, percebe tudo o que está acontecendo com ele e ao seu redor. Por isso, estamos cuidando de pessoas que necessitam temporariamente de equipamentos e da tecnologia, e, mesmo não tendo capacidade de entendimento total da situação em que estão envolvidas, têm percepção e sensibilidade sobre seu estado de doença. Esta relação enfermagem/paciente na UTI é bastante complexa, difícil e desgastante, tanto para o profissional, como para o doente e seus familiares.

A respeito disto, eis o enfoque de Hudak e Gallo (1997, pág. 41):

"Talvez a revitalização dos atos de cuidados básicos, como o uso do toque, possa trazer nova vida e humanização ao tratamento, enquanto os enfermeiros se deparam com os desafios do futuro. As características humanísticas da assistência do paciente, como: ouvir, dar atenção, humor, envolvimento e o compartilhar, não podem ser substituídas por tecnologia ... sugere a preservação da cortesia, da compaixão, do respeito, da dignidade e da sinceridade, como sendo fatores essenciais no tratamento aos pacientes”.

E Bérghamo (1994, pág. 18) complementa:

“O toque é um sentido íntimo que, no atendimento, depende do contato direto, corpo-a-corpo com o cliente e, da receptividade de ambos a essa forma de interpretação, além disso, há também o tocar que acontece, quando nos sensibilizamos ou demonstramos alguma reação-sentimento mais profunda pelo que está sendo comunicado: é o toque que se permite também pelos diferentes sentidos em ação, simultaneamente”.



O toque(ético) no cuidado é uma forma de aproximação humana. Estimula a sensibilidade, despertando nas pessoas envolvidas a possibilidade de troca, reciprocidade e de solidariedade na assistência.

Para Weill apud Bérigamo (1994, pág. 102),

“os gestos que utilizamos na comunicação interpessoal são “inconscientes” e que por isso mesmo, se relacionam com o que se passa no íntimo das pessoas. A linguagem do corpo é uma linguagem que não mente”.

A recuperação dos pacientes na UTI depende também da sua relação com a enfermagem, sendo que a disponibilidade, a demonstração de interesse e o respeito à integridade do paciente favorecem o processo do cuidado. Os profissionais da enfermagem são capazes de proporcionar tudo isso na UTI.

Esta interação enfermagem/paciente na prestação do cuidado é uma experiência única num determinado espaço de tempo, levando a um envolvimento maior ou, eventualmente, à repulsa, dificultando esta a qualidade do cuidar.

É o que diz Bérigamo (1994, pág. 31):

“O enfermeiro e o cliente compartilham a percepção das condições de vida e saúde global do cliente sobre as quais ambos entendem que podem atuar e aumentar o nível de satisfação desse cliente e consigo mesmo, em seu próprio contexto”.

Entretanto, sinto um distanciamento entre o profissional de UTI e o paciente, mesmo com a proximidade física, mesmo com “contatos” frequentes. Só são valorizados o aspecto científico e a fisiopatologia que se apresenta, e esquecidos a intuição, a sensibilidade, o envolvimento e a solidariedade. Estas atitudes estão sendo substituídas pelas rotinas, normatizações de técnicas e procedimentos, e pela impessoalidade, por isso não existe uma relação verdadeira do profissional com o paciente, mas apenas contatos, ficando o cuidado restrito ao mero cumprimento de tarefas rotineiras e à obediência cega ao modelo médico existente, tornando o ser humano “objeto” da assistência.

Explicando isto, Giles, apud Barbosa (1995, pág. 78), afirma que “*qualquer ser existente pode ser considerado como objeto por um eu que assume a atitude eu-coisa, atitude de distanciamento, de objetividade ...*”.

Não existe, portanto, uma verdadeira relação, sendo que o envolvimento do profissional é bastante superficial, transformando suas atividades diárias em resoluções frequentes de problemas fisiológicos, problemas burocrático-administrativos, ao invés de prestar um cuidado solidário, com a partilha dos sentimentos, da insegurança, da dor, do

medo e da alegria, o que tornaria o processo educativo de cuidar, um momento de aprender e ensinar, e a assistência um verdadeiro compromisso ético e social da enfermagem.

Complementando, Barbosa (1995, pág. 29) assegura que

“procedimentos, pressões do tempo e concentração mecânica sobre as habilidades tendem a produzir uma atitude fria e rejeitadora em relação ao cliente, o que diminui a sua natureza humana e inibe a habilidade do enfermeiro de desenvolver seus próprios e únicos potenciais...”.

O profissional deve estar aberto e disponível para trocar experiências com os pacientes e com outros profissionais, fazendo com que, nesta atitude dialógica, possa a cada dia conhecer mais o ser humano, fortalecendo a relação autêntica do cuidar.

Outro fator importante na relação enfermagem/paciente é o de não invadir seu espaço pessoal, o que às vezes pode provocar situações de desconforto, medo, insegurança e ansiedade. Todas as pessoas têm uma preocupação com a manutenção de seu próprio espaço, tanto pessoal como profissional.

A solidariedade é uma forma de experienciar com o outro, respeitando suas diferenças e seu espaço.

Esta maneira de preocupar-se com o estar junto, com a coexistência, fará com que se resgate a eficácia das relações sociais e da integração entre as pessoas, numa sociedade. O homem necessita de solidariedade para desenvolver todas as suas potencialidades, pois ele se completa no outro. O ser humano isolado seria incompleto e infeliz, pois lhe faltaria a dimensão maior do ser-relacional, conforme a lei da reciprocidade e do complemento de sua própria vida.

Segundo Ulmann e Bohnem (1994, pág. 88),

"o princípio da solidariedade é bilateral, por tratar das relações recíprocas dos membros com a sociedade e desta com aqueles. Isto afasta a idéia do individualismo. Por isso o humanismo fechado, impermeável e insensível não irá triunfar no próximo milênio.”.

Todavia, apesar da análise às vezes amarga, percebe-se que as pessoas estão retomando o espírito comunitário, coletivo, estão se voltando mais para o sensível, deixando de lado um pouco do mundo material. É a prova de que a solidariedade consegue potencializar a capacidade criativa de cada indivíduo e, quando todos perceberem isto, com certeza, cada pessoa poderá realizar-se através do outro. A individualidade no trabalho e nas relações sociais está perdendo fôlego, pois as pessoas começam a reconhecer que o importante é o viver em comunhão, o viver juntos.

Erdmann (1996, pág.36) por sua vez, afirma:

"A solidariedade orgânica, como dimensão coletiva de relações, se calça nos laços sociais afetivos e na ambiguidade básica da estruturação simbólica por uma contaminação do imaginário coletivo. Esta solidariedade é a que garante a "coesão" do grupo".

A visão compartilhada gera comunhão de propósitos, reforça o espírito de companheirismo, sendo fator essencial à criação do envolvimento e comprometimento sustentado das pessoas, nas suas relações sociais e de trabalho. Esta visão compartilhada - *solidariedade* - permite a coexistência de múltiplos objetivos e metas. À medida que as pessoas se sintonizam, que se solidarizam com seus propósitos de vida, o nível de motivação tende a se elevar exponencialmente.

Solidariedade é ter amor ao outro, é ver um pouco de si no outro. Pela disposição de ajuda incondicional às pessoas, resgatam-se os valores esquecidos neste final de milênio. Isto vem ocorrendo pela elevação do nível de consciência das pessoas, que tentam dar mais sentido à vida. E é reforçado por Capra (1983) quando diz que *"a cooperação e a solidariedade elevam o nível de consciência da humanidade e mudam a política, a economia, a ciência, ... o futuro enfim"*.

A elevação das consciências, preocupando-se com os problemas da humanidade, fome, miséria, desemprego, Aids, destruição do meio ambiente, barbáries, gera também um equilíbrio em todas as dimensões da vida, produzindo a integração entre o racional e o intuitivo, entre a razão e o sensível. Toda a humanidade sofrerá com esta forma desordenada de crescimento, de exploração da natureza. A inquietude e a ansiedade coletivas, na busca de um mundo mais solidário, são resultantes da insustentabilidade que se criou com o mau uso dos recursos naturais, que provocou um desequilíbrio no modo de viver e tornou frias as relações entre os humanos. Todos são responsáveis pela tentativa de tornar a vida mais saudável. Por meio da consciência solidária, o homem cria laços de relações, cada vez mais nítidos, da realidade, apesar de encontrar interesses escusos e, muitas vezes, não perceber as sombras existentes nas organizações. É pela demonstração da solidariedade que o ser humano consegue evidenciar a sua incompletude, melhorando a convivência e fortalecendo as relações de sociabilidade.

Para Ulmann e Bohnem (1994, pág. 52), *"a socialidade solidária não aliena, mas plenifica; não empobrece, mas enriquece o homem, em todo o seu ser"*. Através de uma vida solidária pode-se ter ganhos reais, e o crescimento como ser humano será significativo, tornando possível alcançar-se uma vida plena e saudável.

Segundo Dall'Agnol (1994, pág. 32-33),

"solidariedade implica em sensibilizar-se com o(s) outro(s), (qualidade de ser e estar sensível), preocupar-se com ele(s) e oferecer-lhe(s) ajuda. Também sugere paciência, pois que cada pessoa, dada sua dinâmica pessoal, tem seu tempo que lhe imprime o seu próprio ritmo... compartilhar implica em co-participação, isto é, mobilizando-se em sincronia e em complementaridade numa ação conjunta; em cumplicidade, co-responsabilização e engajamento pessoal, isto é, comprometendo-se com o(s) outro(s), o inverso de omissão".

Segue a autora dizendo:

"A solidariedade envolve também um convívio prazeroso, implica em sintonizar-se pela afetividade, flexibilidade, receptividade, envolvimento e trocas, no espaço e no tempo do trabalho e no espaço e no tempo que se cria no trabalho, respeitando diferenças e emoções."

Também Travelbber (1992, pág. 149) ensina que

"solidariedade implica em um desejo de ajudar um indivíduo que atravessa por uma situação de stress (...). Solidariedade é uma forma de cumplicidade. É um processo, um acontecimento, uma experiência vivenciada simultaneamente pela enfermeira e pela pessoa que recebe o cuidado. Ela é composta por um grupo de pensamentos e sentimentos inter-relacionados, sendo que estes pensamentos, sentimentos e atitudes são transmitidos ou comunicados de um ser humano para outro".

Esta cumplicidade, esse compartilhar de idéias e experiências, não quer dizer consenso. Significa, antes de tudo, participação pelo diálogo. Compartilhar é não se prender somente ao passado, à memória, mas também ao sonho a ser realizado, ao potencial ilimitado que o futuro oferece, ao invés de deixar que o passado limite, bloqueie e iniba a vontade sociológica presente em cada ser.

À medida que a visão compartilhada, a solidariedade, tornam-se fragmentadas, a tendência é a busca pela aprendizagem individualizada, como ponto de maximização do desempenho setorial e como fonte de poder. Na medida em que a solidariedade aparece sob forma de visão efetivamente compartilhada, haverá uma tendência do grupo em auto-desenvolver-se de forma espontânea. A consciência que se busca criar leva a processos de ajuda mútua e a intercâmbios de aprendizagem.

A solidariedade poderá promover a conciliação dos objetivos organizacionais e pessoais, quando houver uma profunda e legítima troca entre as pessoas, elevando a consciência de todos. Para Parker (1994, pág. 20),

"solidariedade é uma conduta social aprendida. Podemos adquirir essa conduta, assim como podemos perder a habilidade de exercê-la, por isso a idéia de construção de solidariedade."

A solidariedade não é algo de um só momento, de uma só fase. Trata-se de um processo sem fim, de contínuo refinamento e aperfeiçoamento, de melhoria constante do nível de harmonia e do grau de conciliação do grupo. É também uma maneira autêntica de liberar energia, permitindo que o potencial das pessoas comece a ser utilizado de forma positiva. Pois as mudanças só acontecem efetivamente quando há uma real mudança na forma de pensar e agir das pessoas, quando há mudanças em suas verdades próprias. A solidariedade é uma verdade, e só ela poderá provocar mudanças significativas na mentalidade e na consciência do ser humano.

De acordo com Boufleuer (1990, pág. 23),

"o ser social não é estático, mas é dinâmico. Está marcado por uma contradição fundamental que reside na apropriação desigual de bens materiais e culturais. Por isso a sociedade não constitui um todo harmonioso, mas um todo conflituoso, que se articula em torno de interesses antagônicos. A base de uma sociedade capitalista, como a nossa, não é a busca de um suposto bem comum, mas a luta incessante pela posse dos bens da natureza produzidos pela ação dos homens."

Por sua vez, Valentini (1996, pág. 87) assim se expressa:

"Percebemos logo que se faz então necessário superar a cilada que se apresenta com insistência: o caminho da competição como meio de afirmação do indivíduo. Ao contrário da solidariedade, que marca a construção da nova cidadania, não há competição que busca vencer e derrotar os outros para abrir espaço para os mais fortes."

Segue dizendo:

"...Vivemos hoje um lado cultural fortemente difundido pelo neoliberalismo, que incentiva a competitividade, estimula a concorrência, exaspera o individualismo... não há lugar para a solidariedade na visão liberal"

Já Erdmann (1996, pág. 18) define:

"A autenticidade, a dignidade, a solidariedade, a afetividade e o respeito à individualidade são alguns dos pontos de atenção, para o efetivo resgate da condição humana como princípio organizacional, no seu esforço de construção de uma nova sociedade"

A busca de construir a harmonia social e dar equilíbrio aos interesses conflitantes da sociedade, é interpretada por Ulmann e Bohnem (1994, pág. 88) quando afirmam que, "*a solidariedade não favorece a interesse unilaterais, visa sempre o bem comum, a união dos opostos*". Reforçando esta idéia, Pessini (1994, pág. 06) completa:

"É no viver conflitivo que se percebe a solidariedade, isto tem muito a ver com saúde e dignidade de vida, é urgente unir cuidado e mais compromisso, luta contra a rotina e contra os preconceitos existentes no mundo de hoje, colocando a capacidade do potencial humano na promoção e na defesa de uma vida mais humana e solidária, transformando a realidade negadora da vida."

O princípio da solidariedade pode ser uma das atitudes adotadas pelo ser humano a partir de um novo aprendizado, do autoconhecimento e da descoberta, levando a um processo de mudanças nos valores pessoais e utilizando a sensibilidade e a intuição, na busca da valorização da vida.

Portanto, a solidariedade nas relações de enfermagem é de fundamental importância para uma assistência mais humanizada e um viver mais digno, diante dos limites impostos pelas condições de saúde e de trabalho, pela permanência em estado grave numa UTI e pela situação de estar cuidando de pessoas, ou seja, de vidas humanas, em condições precárias de instabilidade e de desequilíbrio orgânico.

## 4 - MARCO CONCEITUAL

Na estrutura teórico-filosófica e metodológica do marco conceitual, enfatiza-se o conceito de cuidado solidário, atentando-se para que o processo da assistência seja de fácil aplicabilidade e proporcione um cuidado de melhor qualidade aos pacientes de UTI, com a valorização de sua vida. Reitero que, na medida do possível, o cuidado solidário reforça e estimula a liberdade e a autonomia das pessoas, fazendo com que suas atitudes sejam despojadas de qualquer interesse unilateral, durante a assistência de enfermagem. Este cuidado solidário tem como aspectos norteadores o conhecimento, a ética profissional, o respeito e a valorização da vida, que é o bem maior de todo ser humano.

Para melhor entendimento das inter-relações existentes no processo, citamos alguns conceitos/definições de marco conceitual que deram subsídios para a elaboração deste trabalho.

O marco conceitual, segundo Watson e Mayers e citado por Contreras e Arruda (1993, pág. 60),

"é a organização do conhecimento, que servirá de guia ou referência para a prática profissional, de modo que os elementos envolvidos na dinâmica desta prática tenham uma idéia clara de como conduzir os seus esforços, para o alcance dos objetivos comuns".

Complementando, diz Penna (1994, pág. 81) que o marco conceitual é *"um conjunto de conceitos, suas definições e proposições, inter-relacionados entre si, objetivando a apresentação de formas para perceber um fenômeno e guiar a prática"*.

Explicando mais, Silva e Arruda, citados por Radünz (1994, pág. 4) dizem que

"é um conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originados das próprias crenças e valores daqueles que os concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupo ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino da enfermagem".

### 4.1 - Crenças que fundamentam e orientam a elaboração dos conceitos

As inquietações profissionais fizeram emergir este trabalho, que está baseado em conhecimentos, vivências e experiências, valores e crenças que formam o pensamento pessoal, e em leituras feitas ao longo da trajetória de minha vida.

Estes pensamentos, eventualmente, com a evolução da história e das relações sociais, poderão levar a novos questionamentos e indagações, ou ainda manter-se como um

modo de pensar derivado da minha visão de mundo e da experiência na prática da enfermagem. Tento sintetizá-los:

- O profissional de enfermagem é um indivíduo, um ser social que traz consigo valores, crenças, conhecimentos, desejos, sentimentos e que, nas relações do cuidado com outro ser humano, deverá ter habilidades e capacidades de perceber e lidar com situações que possam apresentar dificuldades e conflitos.
- No fluxo dinâmico do cuidado, é possível a co-responsabilidade e a entre-ajuda da enfermagem/paciente, possibilitando o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de ambos, para proporcionar uma assistência cooperativa, interativa, pautada na flexibilidade.
- Os sentimentos partilhados na relação do cuidado solidário aproximam as pessoas e favorecem a interação, a cooperação, aprofundando esta vivência, mesmo com incertezas, para que o homem, como ser-relacional, possa buscar certo equilíbrio da sua saúde.
- O cuidado de enfermagem é o valor essencial para o profissional, e importante para a sociedade; numa relação recíproca, permite pensar em coexistência, podendo levar a uma interação segundo ocorrências e desejos e possibilitando o desenvolvimento das potencialidades tanto do profissional como do paciente.
- O cuidado solidário é uma forma de compromisso autêntico, que permite ao profissional experienciar a troca de sentimentos com o paciente (dependendo do limiar de sensibilidade de cada um), mesmo num processo complexo e de relações difíceis, proporcionando, a cada momento, a reflexão sobre a importância e o valor da vida.
- O cuidado solidário, como forma de visão compartilhada, gera comunhão de propósitos e coexistência e, na medida em que as pessoas se sintonizam, o nível de satisfação e de motivação tende a se elevar exponencialmente.
- No cuidado solidário, há uma disposição de ajuda mútua entre o profissional e o paciente, que eleva seus níveis de consciência, possibilita o fortalecimento das relações de sociabilidade e contribui para o restabelecimento da saúde.



- A dificuldade de assumir compromissos e envolver-se, totalmente, no processo do cuidado, pode levar o profissional à incapacidade de refletir sobre suas ações e seu verdadeiro papel, no atendimento à saúde da população.
- A profundidade e a verdade, nos processos dialógicos e de relacionamento entre o profissional/paciente durante o cuidado de enfermagem, potencializam a capacidade criativa do profissional, podendo facilitar o restabelecimento da saúde.

## 4.2 - Conceitos utilizados

Os conceitos utilizados constituem uma base teórico-filosófica de compreensão do fenômeno, cuja importância dá sustentação metodológica à prática assistencial. A partir de sua operacionalização, mostrarão um caminho a ser seguido pelos profissionais no dia-a-dia de uma UTI. Salientamos que estes conceitos não são imutáveis e definitivos e, a cada dia que passa, o profissional poderá adaptá-los à sua realidade e à evolução científica. Tal adequação é fundamental e imprescindível para possibilitar a elaboração de um plano assistencial exequível, objetivo, que tenha resolubilidade, podendo diminuir as deficiências físicas, psicológicas e psicossociais dos pacientes de uma UTI.

Estes conceitos, juntamente com o plano assistencial de enfermagem, possibilitam uma melhoria gradativa nos cuidados prestados aos pacientes.

Os conceitos utilizados são:

- ser humano;
- saúde/doença;
- enfermagem;
- solidariedade;
- cuidado solidário;
- ambiente de relações.

### 4.2.1 - Ser humano

O homem é um ser individual, social, coletivo, capaz de mostrar-se solidário e receptivo à solidariedade do outro, um ser complexo, sensível, possuidor de desejos, com sentimentos e pensamentos conscientes, um ser de palavras e de diálogo, ator de sua própria história, necessariamente relacionado com outros seres humanos e com a natureza. O ser

humano não vive fechado em si mesmo, pois se completa e cresce na relação com o outro, necessitando de igualização no ambiente social em que vive. O contexto ambiental é um conjunto dinâmico, ordenado, em movimento, porém de equilíbrio bastante instável. O sucesso do homem e a sua felicidade têm uma estreita dependência de suas relações e do reconhecimento que lhe é dado para poder alcançar a sua realização. Os conflitos existentes devem ser vistos como oportunidade de melhoria e como forma de crescimento e, nesta evolução gradativa, o homem se constrói como ser relacional, podendo mudar o seu modo de agir, de pensar e de fazer. É nesse ínterim que constrói, a cada instante, a trajetória de sua vida.

Completa-se nas trocas recíprocas, em suas relações cotidianas, se valorizar a liberdade de escolha, aceitar a decisão e as atitudes do outro, aprimorando assim a convivência de reciprocidade solidária, na construção de um mundo melhor. O homem é um ser de possibilidades, com aspirações, desejos e vontades e com certo grau de liberdade e poder de escolha. Sabe que, para conseguir seus propósitos no plano social em que vive, terá que estar disposto a pagar um preço.

Como ser de diálogo tem oportunidade de exercer influências sobre as atitudes e o comportamento de outras pessoas. O diálogo é constitutivo do ser e, nesta relação de troca, descobre a si mesmo ao confrontar suas idéias com o outro, sendo, por sua vez, influenciado por este.

É no aprendizado constante que ocorre a evolução do indivíduo, pois ele, que é ativo e reflexivo, pode provocar mudanças no seu modo de ser e de viver, transformando a sociedade, exercitando a sua cidadania e sendo protagonista de sua saúde, pela atuação da enfermagem.

(Baseado em Chanlat, 1996, e Morin, 1997.)

#### ***4.2.2 - Saúde/Doença***

A saúde é percebida e entendida como um valor essencial para a sobrevivência humana e para o desenvolvimento do potencial criativo de cada um, na construção de uma sociedade mais harmônica e com menor desigualdade de condições de vida.

A saúde é um processo dinâmico, multifatorial, que pode interferir na capacidade do ser humano e no desenvolvimento de suas potencialidades, ao passo que a doença dificulta o exercício da cidadania, podendo alterar o curso de ação de sua vida.

A saúde é um processo muito particular de percepção individual e do entendimento que cada ser humano tem em relação às suas necessidades e vontades, comparados à demanda que possui para manter-se e sobreviver no ambiente de suas relações. Tal percepção individual, bastante instável e mutável, está relacionada com a complexidade e a diversidade ambientais, numa determinada situação/espaco/tempo, e interfere no seu modo de pensar, fazer e agir. As crenças, os hábitos, costumes, conhecimentos, sentimentos, as experiências vivenciadas e experiências sensoriais, influenciam de modo muito particular a percepção de si mesmo e dos outros, quanto ao entendimento que cada um tem sobre o processo saúde/doença.

No processo multifatorial da saúde deve haver um envolvimento maior dos profissionais da área, o que se dará se assumirem mais compromissos com a coletividade e desenvolverem uma capacidade permanente de refletir sobre suas ações, e sobre a necessidade de, por meio delas, participar ativamente das transformações sociais. A assistência à população assim definida, tem por base o conhecimento, a ética profissional, o espírito de solidariedade humana espontânea, a responsabilidade e o respeito à liberdade das pessoas. Com a presença real e com o envolvimento do profissional da enfermagem na prestação do cuidado, haverá maior harmonia social e maior equilíbrio de interesses no atendimento à saúde coletiva.

A saúde é resultante de uma base educativa muito forte, construída pelo diálogo e pelo respeito às pessoas, no que concerne a suas vontades, expectativas, seus desejos, valores, hábitos e costumes. Em resumo, há de se demonstrar respeito ao modo de viver de cada um. É importante também, neste processo de saúde, que se relativizem as situações, que se aceite a visão que cada cidadão tem de si mesmo e a compreensão que tem da vida.

A assistência à saúde deve ser menos excludente, com menor hierarquização do poder decisório, possibilitando a cada um participar e decidir sobre o modo como quer viver e como deseja ser atendido.

A doença se apresenta, quando o ser humano tem limitações/dificuldades/falta de condições para suprir as demandas necessárias a estar bem, a viver melhor, a sobreviver. A situação pode provocar alterações fisiológicas, psicológicas e sociais individuais e/ou coletivas no ambiente em que ele vive. É possível também haver interferência e alteração no modo de viver, de realizar atividades e no papel social do ser humano no ambiente de suas relações.

As pessoas doentes, mesmo em UTI, não perdem seus direitos nem estão isentas de responsabilidades como cidadãos. É oportuno lembrar que estes pacientes têm direito a escolhas livres, podendo exercitar a autonomia. A ética do profissional da enfermagem deve embasar-se nos princípios citados anteriormente, e os pacientes que não podem fazer escolhas em virtude do processo da doença devem ser protegidos.

No momento em que o indivíduo percebe tais alterações ou dificuldades, procura o cuidado como forma de resolver e/ou amenizá-las, pois vê no atendimento a alternativa possível de restabelecer a saúde e viver melhor.

O ambiente de relações, altamente egoísta e competitivo, utiliza a razão e a objetividade em detrimento da intuição, da sensibilidade e da subjetividade, fatores que interferem e influenciam no modo de viver, podendo ocasionar o desequilíbrio/doença do ser humano e da coletividade.

Saúde não é somente ausência de doença, mas consequência de certas condições de vida, como, liberdade/autonomia no pensar e no agir responsável, moradia, emprego, transporte, lazer, saneamento básico, educação, salário compatível com a dignidade humana, alimentação, meio ambiente não poluído e preservado, boa convivência social e, principalmente, apreço por si mesmo e amor à vida, como o bem maior de cada ser humano.

#### **4.2.3 - Enfermagem**

A enfermagem é um processo, um acontecimento entre pessoas, que podem trocar experiências, partilhar conhecimentos e sentimentos, influenciar e serem influenciadas na prestação do cuidado. A assistência de enfermagem é uma forma de presença ativa, embasada em princípios de flexibilidade, co-responsabilidade, partilha de sentimentos e conhecimentos, e na solidariedade humana espontânea. O profissional da enfermagem deve ser capaz de atender as expectativas do paciente/família e, na medida do possível, dar liberdade e autonomia para que o doente também se sinta responsável por seu estado de saúde, na busca de uma condição melhor.

A enfermagem, como evento humano, é fortalecida pela interação e o envolvimento verdadeiro com o paciente, troca esta que deve ser despojada de qualquer interesse unilateral. Há uma complementação no cuidado, entre o profissional/paciente. O primeiro para que exerça com responsabilidade a sua parte neste processo, deve ter conhecimento, ética profissional, habilidade e uma forte disponibilidade para com aquele que necessita do cuidado. Aqui, a criatividade deve ser estimulada, para que aconteça o desenvolvimento do

potencial dos envolvidos, o conhecimento e o aperfeiçoamento de cada relação, mesmo havendo conflitos e divergências.

É importante salientar que o profissional da enfermagem deve ter capacidade de utilizar a intuição, e ter uma percepção bastante acurada, para poder envolver-se mais durante o cuidado, sabendo a evolução do paciente e o processo da assistência prestada. Por sua vez, este precisa ser autêntico, partilhando com o paciente/família de seu sofrimento, medo, angústia, tristeza e alegria. É indispensável compartilhar verdadeiramente com ele e “viver junto” o momento do cuidado.

Para um bom desempenho profissional há necessidade de que o corpo de conhecimentos seja embasado num referencial teórico, e de que se utilize uma metodologia na assistência, capaz de provocar um retorno satisfatório e uma melhoria constante do cuidado prestado. Saliento também que ao cuidado solidário incumbe a capacidade de solução das necessidades e anseios do paciente.

A essência da enfermagem é o cuidado (solidário), e não somente a execução de técnicas e procedimentos, que tornam a relação mecânica, tecnicista, fria, distante e impessoal, quando o paciente é tratado como um objeto, ou como um ser humano “inanimado” e sem consciência.

A enfermagem é uma profissão humanística, que necessita do trabalho de equipe multiprofissional capaz de lutar pela valorização da vida de todos os envolvidos no processo de assistência à saúde da população.

#### ***4.2.4 - Solidariedade***

Nas relações do cuidado, a solidariedade é um processo de construção gradual, feito mediante a troca de experiências e o compartilhar de conhecimentos e sentimentos, podendo levar a uma aproximação mais autêntica e verdadeira, entre o profissional e o paciente. Neste encontro, quanto mais espontânea a solidariedade, maior a possibilidade de conciliar os objetivos de todos os envolvidos na assistência, proporcionando assim um cuidado com maior qualidade, e gerando maior satisfação às pessoas e maior valorização da vida.

A solidariedade é uma verdade passível de provocar mudanças significativas nas atitudes, na mentalidade e na consciência das pessoas, alterando até mesmo sua forma de pensar e agir.

A solidariedade, a reciprocidade e a disponibilidade não serão percebidas na sua essência, quando a assistência for instalada num ambiente de rigidez hierárquica, de

rotinização e normatização fortemente institucionalizadas, quando os padrões forem seguidos de maneira rotineira e impensada, com atitudes não reflexivas que tornam os profissionais inflexíveis na relação com o paciente. Resulta daí a automatização do cuidado(?) dificultando a interação pessoa/pessoa.

A solidariedade é um pilar de sustentação das relações do cuidado. Ajuda na harmonia social e promove equilíbrio nos interesses conflitantes e divergentes, no atendimento à saúde. Ser solidário é ser sensível, trabalhar com as diferenças e conflitos, propor alternativas, aceitar sugestões para aprimorar o cuidado, satisfazer as necessidades e anseios do ser humano, tentar melhorar as condições de saúde e de bem estar da família, dar oportunidade ao paciente de participar mais ativamente nas decisões sobre sua própria vida. Percebida e entendida como um valor, a solidariedade favorece o potencial criativo das pessoas, eleva a consciência crítica e facilita a interação enfermagem/paciente no processo do cuidado, o que fortalece a convivência e as relações de sociabilidade.

Da mesma forma, a ausência da ética e da solidariedade no ambiente de relações do cuidado, com predomínio do sistema racionalista, lógico, materialista, tem aumentado os riscos e as incertezas das pessoas, com redução da liberdade e do exercício da cidadania e, por consequência, do valor da vida. O ser humano não é constituído unicamente de razão e lógica, mas é um ser afetivo, tem sensibilidade e intuição. É urgente rever as relações do cuidado, interagindo com o paciente de maneira mais ampla, mais solidária, de modo a utilizar os dois hemisférios cerebrais com mais sinergia e equilíbrio, e não somente o hemisfério cerebral esquerdo.

A solidariedade humana é dual, devendo ser permitida pela vontade de um e pela receptividade e aceitação do outro. É, na verdade, um gesto espontâneo, apto a proporcionar o exercício da liberdade e autonomia das pessoas, para que possam expor suas idéias e suas vontades na busca do que é o melhor para si. Nesta interação e exercício dialógico, é importante que se respeite as diferenças, para que não haja uma hierarquização de poder do profissional sobre o paciente/família.

A assistência de enfermagem deve concretizar-se num trabalho conjunto entre os profissionais e os pacientes, objetivando a busca da melhoria nas condições de saúde e de vida. O cuidado deve ser entendido como um processo gradual de troca, presença, coresponsabilidade, envolvimento e entre-ajuda de toda a equipe e desta com o paciente. A solidariedade da equipe de enfermagem fortalece a assistência e valoriza a ética profissional.

É também um fator imprescindível na luta diária contra o conformismo e a indiferença, contra a rotina institucionalizada que sufoca e aliena o profissional, para que as relações existentes hoje nos hospitais, se aperfeiçoem e promovam maior equilíbrio e melhor harmonia nas condições de saúde das pessoas que buscam o serviço.

#### **4.2.5 - Cuidado solidário**

É um processo interativo, dinâmico, de presença, de envolvimento e de co-responsabilidade entre os profissionais de enfermagem e o paciente/família, que compartilham os conhecimentos e os sentimentos, com o respeito contínuo aos valores, crenças, hábitos, costumes, numa relação social harmoniosa. Relação bilateral que favorece o humanismo, amplia a sensibilidade, beneficiando o profissional e o paciente/família, com experiência da troca de sentimentos e da reflexão sobre a importância e o valor da vida.

A interação solidária no cuidado é elaborada e construída a partir de um processo bastante complexo de valorização da sensibilidade e da reciprocidade, pela retomada do prestígio da natureza e da vida, de forma a intensificar e aprofundar as relações entre as pessoas, para que o ser humano possa verdadeiramente se sentir vivendo.

Cuidado solidário significa ter atitudes, executar técnicas e procedimentos, acreditar no processo educativo, manter diálogo com paciente/família, perceber e entender o contexto da assistência e do paciente, e rejeitar a insensibilidade frente à necessidade de recuperação da saúde do ser humano. Significa ainda assumir responsabilidade junto com alguém, na tentativa de construir a harmonia social, num processo de dependência entre os seres humanos.

É importante pensar no cuidado como forma de ajuda (ou entre-ajuda) a alguém. Importante também desistir da intenção de classificá-lo como uma patologia ou um distúrbio, ou de controlá-lo como uma criança. Desta forma, irá melhorar a percepção do paciente, que se sentirá mais útil e respeitado na sua dignidade e no seu valor como pessoa. É necessário que o profissional de enfermagem pense na pessoa doente e não somente na doença ou no distúrbio que provoca sua internação na UTI. É mais ético cuidar do paciente sem poder de coerção, mas com seu consentimento, respeitando seu direito à liberdade e à vida.

O cuidado solidário estimula a liberdade e a autonomia dos envolvidos, sem contudo afrontar a ética profissional, o direito à cidadania e sem provocar exclusão social.

Este reconhecimento da autonomia e da responsabilidade do paciente é enfatizado por Meleis, apud Radünz (1994, pág. 14): *“Fortalecer o trabalhar junto é negociar, é*

*conscientizar, é dialogar...*”. Complementando, Zerwekh, apud Radünz (1994, pág. 14), assegura:

“Fortalecer o ser humano, por meio de um processo de ajuda, habilita-o a dirigir a sua vida, a fazer escolhas deliberadamente... estratégias para fortalecer a responsabilidade e a capacidade do cliente para sua autonomia. O fortalecer é fomentado, através de um relacionamento de participação mútua, no qual ambos, cliente e enfermeiro, têm poder igual”.

Este envolvimento na relação do cuidado provocará modificações de atitudes e comportamentos, tanto no paciente como no profissional de enfermagem.

O cuidado solidário é um “novo” modo de ser e de pensar, na tentativa de transformar as relações sociais, para que todos possam lutar por uma vida melhor e ter liberdade de escolha e liberdade no desenvolvimento de suas potencialidades.

Trata-se de um engajamento verdadeiro na inter-relação humana, precedido de uma intencionalidade na busca constante de conhecimentos e de habilidades, com vistas a proporcionar condições para que o paciente tenha uma vida melhor. É a presença ativa, solidária e co-responsável no ato humano da enfermagem, colocando à disposição do paciente toda a capacidade pessoal e profissional existente a serviço da saúde e do bem-estar das pessoas, em cada momento e em cada experiência vivida. Reforço ainda que o cuidado solidário, como compromisso, é representado também pela conduta moral e ética do profissional de enfermagem na prestação da assistência, de modo a conferir a este momento um caráter educativo, de diálogo e inter-ação com o ser humano que necessita de ajuda.

O cuidado solidário é fortalecido pelo saber agir e ter habilidade de contornar os conflitos, e saber viver as diferenças existentes no encontro que respeitará, na medida do possível, as vontades, os desejos, valores, hábitos e costumes do ser humano.

Este compromisso do cuidado é um preceito ético que obriga o profissional a preocupar-se verdadeiramente com as consequências e os resultados que a sua conduta acarretará ao paciente atendido. Representa uma opção real do profissional de marcar com sua **presença** ativa e por uma relação menos hierárquica, o seu vínculo com o paciente e com a natureza. Uma postura profissional deste nível elevará a dignidade inerente ao homem e respeitará o valor da vida.

O cuidado solidário está intimamente ligado ao processo de interação e de relação pessoa a pessoa. A partir deste encontro é que se iniciará o enfrentamento de situações, que provocaram ou poderão provocar o desequilíbrio nas condições de saúde e de vida do ser



humano. O cuidado será resultante da percepção/intuição/sensibilidade e da forma como o profissional/paciente valorizam a vida. No processo de interação, troca, solidariedade, partilha de experiências e sentimentos, há necessidade de criatividade e capacidade humana, para garantir equilíbrio e harmonia no sobreviver com mais qualidade. As respostas dadas às necessidades visualizadas/sentidas/percebidas/manifestadas não podem ser rígidas, hierarquizadas, mas, flexíveis e maleáveis, valendo-se da intuição e da sensibilidade, como meios de reconduzir o ser humano a um viver melhor.

Nesta interação do cuidado solidário com sujeitos em situações de dificuldade ou limitações de vida, ocorrem conflitos e inseguranças, cabendo ao profissional o papel de mediador, que facilita o processo do viver saudável.

É compromisso do profissional lutar constantemente contra o conformismo e a alienação no trabalho, combinando eficácia e equidade, preocupando-se com o individual, sem esquecer-se do coletivo, atuando com liberdade e alteridade, construindo a ética da solidariedade como um valor imprescindível, para a convivência social mais harmônica e fortalecendo a cidadania para tentar diminuir o “apartheid” social.

#### *4.2.6 - Ambiente de relações*

É o espaço físico, social, cultural e simbólico, onde os profissionais de enfermagem, o paciente e a família estão inseridos, provocando uma interação, ao mesmo tempo que influenciam e são influenciados por ele. Esta interação ser humano/ambiente, produz um determinado processo e um determinado modo de viver. O processo é dinâmico, interativo e de transformação da realidade do meio ambiente e das pessoas de sorte a construir a história de vida de cada um e da coletividade.

O ambiente de relações é composto de segmentos heterogêneos e complexos, nem sempre completamente identificáveis ou analisáveis de maneira impessoal, lógico-causal e analítica. Neste contexto ambiental, nem tudo pode ser medido e quantificado. Nesta teia dinâmica de fenômenos inter-relacionados e dependentes, ocorrem trocas recíprocas que dão autoconsistência ao ser humano e produzem um todo ordenado e lógico.

O ambiente de relações é um todo complexo, que inclui saberes, crenças, costumes, valores; que leva às vezes o ser humano a ser egoísta; que também o mobiliza e cria a solidariedade humana. Todo este contexto proporciona a criação de uma identidade coletiva, na busca da harmonia social e de uma maior valorização da vida.

Neste ambiente, o ser humano dá um sentido às suas relações com a natureza, sendo o lugar de integração de sua personalidade.

O ambiente de relações produz uma cultura que se torna um valor social de um grupo humano, valor este resultante de um processo de vivências e de aprendizagem, construídas sobre conhecimentos, crenças, hábitos e costumes, que determinam uma forma específica de expressão, no modo de viver e de exercitar a solidariedade.

Também julgamos importante, dentro deste contexto, a preocupação com a “cultura organizacional” em que os profissionais estão envolvidos. Esta “cultura organizacional” faz parte do ambiente de relações, e pode ser uma forma de pressão sobre o ser humano na organização, capaz de provocar mudanças no seu modo de pensar e de agir durante o processo assistencial. Muitas vezes, o enfermeiro perde sua identidade ao mudar o comportamento e as atitudes, pela pressão do grupo. Na verdade, cada ser humano, dentro de seu grupo organizacional, torna-se um depositário de valores, normas e procedimentos, que têm o poder de delinear um novo modo de viver. Nesta socialização organizacional, pode haver deslocamento de interesses individuais, alterando o sistema de representação de cada um e formando uma “cultura paralela” dentro de uma sociedade.

O ser humano, enquanto indivíduo, é visto como um ser de relação, entre ele e o outro ser humano, ou deles com a natureza, sendo a relação assim constituída um verdadeiro testemunho da história da existência humana, na busca constante da sua realização. A relação é uma vivência precedida de intencionalidade que compreende encontro, presença, resposta, diálogo, reciprocidade ou não, liberdade-autonomia e intersubjetividade-objetividade.

A relação humana é uma forma de completude, de abertura de um ser para com outro e de ambos com a natureza. Todo relacionamento provoca uma interação, tornando-se uma experiência vivida. Na verdade esta relação inter-humana é o fator inicial que irá favorecer ou não o exercício da solidariedade no cuidado.

A relação é ainda o modo vivenciado pelo ser humano na busca de sua realização como pessoa, dentro do ambiente de relações e do sistema social complexo em que está inserido.

Este ambiente de relações cada vez mais competitivo proporciona o aumento das diferenças entre classes e pessoas, diminui cada vez mais a liberdade de escolha e autonomia e faz com que o ser humano, a cada dia, tenha reduzida sua dignidade e suas possibilidades de realização plena.

A ordem social, ofuscada pelo milagre materialista e tecnicista, inibe a criatividade, e orienta os caminhos de convivência que acha corretos para o homem/sociedade, de sorte a reduzir cada vez mais o poder de escolha e decisão do que é melhor para cada um. A liberdade não está pronta, deve ser construída; também não é uma atitude de ausência de compromisso do homem, mas o poder de escolher o seu próprio caminho, como sujeito de sua história e não apenas como instrumento de manipulação e de trabalho. O modo de vida produzido pelo tecnicismo moderno modifica todos os tipos tradicionais de costumes e hábitos, reformulando os valores e a ordem social.

É neste contexto que a dignidade e a solidariedade humanas devem ser estimuladas, como valores básicos imprescindíveis ao bem viver de cada ser humano. É de suma importância que se faça uma ordenação reflexiva das relações sociais existentes, reencontrando valores inerentes ao homem, como a solicitude, a sociabilidade e a solidariedade, tão importantes na construção da harmonia da sociedade e na valorização da vida.

### 4.3 - Desenho do marco conceitual e sua interpretação

AMBIENTE DE RELAÇÕES  
SER HUMANO  
SAÚDE/DOENÇA  
ENFERMAGEM  
SOLIDARIEDADE  
CUIDADO SOLIDÁRIO



**S  
O  
L  
I  
D  
A  
R  
I  
E  
D  
A  
D  
E**

TROCA  
INTUIÇÃO  
PRESENÇA  
INTERAÇÃO  
COOPERAÇÃO  
ENTRE-AJUDA  
SENSIBILIDADE  
COMPROMISSO  
ENVOLVIMENTO  
RECIPROCIDADE  
DISPONIBILIDADE  
RESPONSABILIDADE  
PARTILHAR SENTIMENTOS/CONHECIMENTOS

A solidariedade humana é dual, devendo permear a vontade de um e a receptividade do outro. É um gesto espontâneo, um exercício de liberdade e de autonomia. O cuidado de enfermagem solidário é um processo interativo, em que vontades, tanto do profissional como do paciente/família, se manifestam. Neste diálogo vivido (Paterson e Zderad) ocorre o envolvimento e a interação. É bom salientar que podem ocorrer conflitos nesta relação, cabendo ao enfermeiro encontrar caminhos e maneiras para lidar com eles.

Na verdade, o cuidado solidário é um compromisso social ético, despojado de qualquer interesse unilateral, tendo como objetivos a recuperação da saúde, a reintegração da pessoa no seu meio social e o desenvolvimento do potencial criativo, tanto do profissional como do paciente/família. O cuidado solidário é precedido de intencionalidade, exigindo-se na relação co-responsabilidade, envolvimento, cooperação e consenso dialógico e participativo. Nesta troca deve-se sempre respeitar as diferenças, não cabendo a imposição hierárquica por parte do profissional, mas a realização de um trabalho **junto com** o paciente/família, com o objetivo comum de melhorar as condições de saúde e de vida das pessoas. Da análise destes conceitos, Arendt (1997, pág. 41) conclui: *“Não devemos ver a liberdade nem como domínio e nem como submissão”*. No contexto do cuidado deve-se respeitar sempre as diferenças, dando autonomia tanto para o profissional como para o paciente. Profissional autêntico é o que corresponde aos seus apelos interiores, guiado pelo princípio ético.

O gesto do aperto de mão é a melhor maneira de aproximação: inicia o envolvimento e estabelece a co-responsabilidade e a entre-ajuda. Simboliza a vontade de partilhar conhecimentos, sentimentos, expectativas e desejos. A iniciativa deste gesto, no nosso entendimento, deve ser feita pelo profissional.

A coloração diferente das mãos demonstra as diferenças existentes entre o profissional/paciente, ao mesmo tempo que representa a troca, a interação, a preocupação e o envolvimento.

O centro da mão, mostra que o profissional deve utilizar a sensibilidade do coração, colocando-o nas mãos, ao prestar o cuidado de enfermagem solidário.

Tal gesto é a demonstração da valorização da vida. Quanto mais solidário for o cuidado, maior será o valor dado à vida. Quanto maior for o valor dado à vida, maior será o envolvimento, o empenho, o profissionalismo, o respeito, que fazem do cuidado um compromisso social autêntico.

Explicando isto, Streider (1990, pág. 117) assegura que *“o homem é um ser à procura do sentido da vida, e este sentido não pode ser dado por alguém, mas é necessário que cada um encontre o seu, naturalmente não em si mesmo”*, mas na convivência harmônica orientada pelo envolvimento, pela co-responsabilidade, pela coexistência, bem como no diálogo entre os seres humanos, cuja função é construir um mundo mais solidário. Complementando, Streider (1990, pág. 118) refere que

“a nossa alegria de viver dependerá em grande parte do sentido que tivermos encontrado para a vida. E isto se refletirá sobre os nossos companheiros de trabalho, sobre a nossa vida familiar e social”.

Devemos ter em mente que cada um de nós é importante, mesmo que nossas atividades ou tarefas sejam, muitas vezes, percebidas pela sociedade como insignificantes e de menor valor.

O cuidado solidário é um processo, um acontecimento, em que são partilhados os sentimentos e vontades, sendo indispensável o respeito pelas diferenças e um interesse autêntico pelo outro. Esta interação verdadeira mostra a coragem e o risco do profissional, que precisa lutar contra a rotina que o anestesia e contra os preconceitos que, às vezes, o sufocam.

A solidariedade na prestação do cuidado é uma luta diária contra a indiferença, contra o humanismo insensível e fechado, que são atitudes encontradas no ser humano e nas suas relações sociais.

O cuidado solidário é uma construção diária, um compromisso permanente e constante com a vida, às vezes, em desequilíbrio. O nosso papel é o de procurar “devolver” o equilíbrio do aspecto saúde às pessoas, através do cuidado alicerçado na solidariedade humana, valorizando o afeto, os sentimentos e a entre-ajuda. É sobre isso que fala Capra (1996, pág. 28), quando diz: *“Você não precisa de advertências morais para demonstrar cuidado e afeição ... você o faz por si mesmo, sem sentir nenhuma pressão moral para fazê-lo”*.

A UTI, como um setor que provoca insegurança, estresse, é um local possível para construir e exercitar o espírito da solidariedade, através da liberdade do envolvimento verdadeiro e autêntico. Este experienciar junto fará com que a interação profissional/pacientê/ família possibilite o crescimento das consciências e a valorização da vida.

Para Pessini (1994, pág. 16), “quando em nosso profissionalismo, colocamos mais coração nas mãos”, com certeza, as relações do cuidado solidário possibilitarão aos profissionais da enfermagem ser agentes atuantes, preparados a provocar mudanças no atendimento à saúde da população. O cuidado estimulará o sentimento de satisfação e de realização dos profissionais, enobrecendo suas consciências, estimulando a iniciativa, a criatividade e a sensibilidade, tão necessárias para a assistência que objetiva a valorização da vida.

## 5 - METODOLOGIA

### 5.1 - Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na unidade de terapia intensiva do Hospital São Vicente de Paulo. O Hospital Universitário São Vicente de Paulo é um hospital geral, fundado em 24 de junho de 1918, portanto, há 80 anos. Conta hoje com 530 leitos distribuídos numa área de 33.000 m<sup>2</sup>, e 17 salas de cirurgia. O seu corpo funcional é composto por 1.520 funcionários. A equipe de enfermagem, por sua vez, compõe-se de 78 enfermeiros e 696 auxiliares de enfermagem. O corpo clínico é aberto e congrega 376 médicos.

O hospital ministra cursos de especialização em Administração Hospitalar e em Administração dos Serviços de Enfermagem, em consórcio com a Universidade de Passo Fundo e o Instituto de Administração Hospitalar (IACHS), de Porto Alegre. Em convênio com o CEFET (Centro Federal de Educação de Tecnologia do Paraná), promove um Curso de Mestrado na área de Engenharia Biomédica.

O Hospital Universitário São Vicente de Paulo é um hospital de referência regional e do sul do país, atendendo 2,5 milhões de habitantes em sua área de abrangência. Recebeu, no ano de 1996, pacientes oriundos de 283 municípios; proporcionou 35.260 consultas ambulatoriais e 41.198 atendimentos de urgência e emergência; realizou 13.127 cirurgias em pacientes internados e 13.586 em pacientes ambulatoriais. A taxa de ocupação dos leitos é de 90,14%, com permanência média de 7,41 dias. O hospital dispõe de quatro unidades de terapia intensiva, totalizando 54 leitos, assim distribuídos:

UTI adulto	-	16 leitos
UTI coronariana	-	09 leitos
UTI contaminados	-	09 leitos
UTI neonatal e pediátrica	-	18 leitos

A unidade de terapia intensiva/adulto, onde foi realizado este estudo, tem uma ocupação próxima a 100%, sendo a média de permanência dos pacientes de aproximadamente 04 dias, e o percentual de óbitos de 24%.

O Hospital São Vicente de Paulo é utilizado como campo de estágio para os cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Farmácia da Universidade de Passo Fundo.



A UTI adulto está situada no 4º andar, ocupando uma área retangular de 430 m<sup>2</sup>, com seus 16 leitos distribuídos em cinco boxes de 04 e 02 leitos, respectivamente. A assistência de enfermagem é prestada por um enfermeiro e oito auxiliares de enfermagem em turnos de 6 horas (42 horas semanais). A assistência médica da UTI é feita por um médico plantonista, um médico residente da clínica médica, um doutorando e pelo médico assistente do paciente. Outros profissionais trabalham na UTI, mas não com exclusividade. São a nutricionista, o psicólogo, o farmacêutico-bioquímico e o fisioterapeuta.

A taxa de ocupação da UTI é elevada, superando, em todos os meses, 100% de ocupação, pois, como hospital regional, sua demanda é muito intensa. A média de reserva de leito é de cinco pacientes por dia. Na unidade são atendidos pacientes graves, com politraumatismos, e com complicações nas áreas de Neurologia, Nefrologia, Clínica Médica, Pneumologia, Hematologia, Gastroenterologia, bem como pós-operatórios de grandes cirurgias.

A metodologia da assistência de enfermagem é feita de maneira semi-estruturada, e compreende nota de internação, prescrição de enfermagem diária e evolução. Esta última é a parte mais consistente da metodologia e da sistematização da assistência de enfermagem. O plano assistencial sintetizado é usado desde a abertura da UTI, em 1983. É intenção do grupo de enfermeiros e da equipe de enfermagem implementá-lo. Algumas discussões já foram feitas neste sentido. Porém, como há somente um enfermeiro por turno, com o encargo de fazer a assistência e a gerência da unidade, fica difícil implementar e aplicar uma metodologia assistencial mais completa e mais estruturada.

## **5.2 - Clientela envolvida**

### **5.2.1 - Equipe de enfermagem**

A prática assistencial foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário São Vicente de Paulo.

A equipe de enfermagem do turno da tarde é composta por oito auxiliares de enfermagem e uma enfermeira, todas do sexo feminino, com idade variando de 20 a 37 anos.

Todas as auxiliares de enfermagem têm o segundo grau completo e a enfermeira possui curso de especialização em administração hospitalar. A jornada de trabalho da

enfermagem é de 6h 15min diárias, com um plantão no final de semana, totalizando 42 horas semanais.

O tempo de trabalho dos membros da equipe varia de 02 a 10 anos na UTI, e, no HSVP, de 02 a 14 anos. Nenhuma auxiliar de enfermagem atua em outra atividade, mas todas dedicam-se a afazeres domésticos. A renda média da auxiliar varia de 3 a 4 salários mínimos e a renda familiar, de 3 a 15 salários. Percebe-se que o grupo não tem preocupações evidentes nem possibilidade de um lazer efetivo. A grande maioria diz que prefere ficar com a família nas horas vagas. As diversões preferidas vão de passeios com a família ou amigos, a programas de TV, leituras, danceteria e festas da comunidade. Em relação à habitação, 06 pessoas possuem casa própria e 03 moram de aluguel. Quase todas possuem eletrodomésticos, como geladeira, fogão, microondas, TV, videocassete(4), freezer(3). Somente uma tem carro e uma tem telefone. As habitações dispõem de energia elétrica. A coleta de lixo é feita pela prefeitura e o sistema de esgoto é ligado à rede pública(6), ou com fossa séptica(3). Todos os domicílios têm água encanada. A maioria pretende retomar os estudos(8) e uma quer educar e criar os filhos. As pretensões para o futuro consistem em aquisição de moradia(2), casamento(2), realizar mestrado(1), criar os filhos(1), voltar a estudar(8).

O levantamento de dados, as observações e discussões ocorreram na UTI a partir de agosto de 1997, quando já se tinha uma avaliação da assistência da enfermagem, pois faço um acompanhamento há alguns anos. Foram utilizados questionários(anexo 1) respondidos por todos os envolvidos no estudo. Um questionário foi aplicado no início da prática assistencial, antes de acontecerem as discussões sobre as relações do cuidado em UTI e também antes de serem trabalhados os conceitos utilizados no marco conceitual. É bom ressaltar que o marco conceitual foi construído e aprimorado pelas discussões com o grupo envolvido no trabalho. A adesão do grupo à experiência foi espontânea, e se deu a todos liberdade de expor suas idéias e sugestões, para a melhoria da assistência na UTI e para a construção do cuidado solidário.

Foram respondidos 08(oito) questionários(anexo 1), sem identificação, com perguntas abertas contendo seis questões. Os dados ficaram restritos ao grupo, respeitando-se o sigilo e a ética profissional.

Uma vez devolvidos os questionários, foram iniciados os trabalhos, que compreenderam seis reuniões do grupo, entrevistas individuais e observação diária do

cuidado prestado aos pacientes de UTI. As reuniões eram feitas à tarde, durante o horário de serviço, enquanto a assistência aos pacientes era feita por acadêmicos do VIII nível do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de Passo Fundo. Foram projetadas duas fitas de vídeo, que mostravam aspectos relacionados ao cuidado da enfermeira Maria Júlia Paes da Silva, e outra, intitulada “Um Golpe do Destino”. As discussões sobre os filmes promoveram uma avaliação da assistência prestada na UTI. Posteriormente, o grupo recebeu os conceitos utilizados no marco conceitual do pesquisador, para que cada um fizesse uma reflexão e uma análise do conteúdo. Na reunião que seguiu foram discutidos vários aspectos destes conceitos, com sugestões valiosas para aprimorá-los e completá-los.

A partir de então houve um acompanhamento diário, de segunda a quinta-feira e em alguns plantões de final de semana, das relações da enfermagem com os pacientes, sem provocar interferência na rotina de trabalho da equipe. Quando surgia algum conflito ou dificuldade, era discutido com a enfermeira responsável pelo turno e com os envolvidos. Este trabalho propiciou uma construção diária no aperfeiçoamento do cuidado, com a melhoria da satisfação dos envolvidos.

Não houve maiores dificuldades na minha inserção ao grupo, pois já fazia parte da equipe, além de atuar como professor da universidade, que utiliza a UTI como campo de estágio para os alunos do VII e VIII níveis do curso de Enfermagem e Obstetrícia. Esta convivência de longo tempo, sem dúvida, favoreceu muito a realização do trabalho, na espontaneidade do grupo e no envolvimento verdadeiro de todos.

Após as discussões com o grupo e o acompanhamento da assistência, foi aplicado novamente o questionário(anexo 1), com as mesmas questões respondidas em agosto de 1997. O objetivo foi fazer um comparativo e avaliar as mudanças no modo de pensar e agir na assistência aos pacientes de UTI. Isto proporcionou a construção do cuidado solidário com base nas diferenças sugeridas e demonstradas na prática do cuidado.

Foi aplicado também outro instrumento(anexo 2), para averiguar a motivação do grupo. Havia sido feito um trabalho idêntico - Pesquisa da Satisfação da Equipe - no ano de 1997. O comparativo, mesmo realizado em épocas diferentes, proporcionou uma análise bastante útil para se avaliar a mudança do nível de satisfação e do espírito de equipe do grupo.

### **5.2.2 - Pacientes envolvidos no trabalho**

Uma ficha de entrevista(anexo 3), foi aplicada aos paciente com 06(seis) questões abertas, uma delas possibilitando que falassem sobre qualquer assunto.

Além de anotar as respostas, utilizei um gravador(com o consentimento do paciente) para gravar todas as suas considerações. A observação das reações, expressões verbais e não-verbais dos pacientes foram sendo anotadas diariamente, e o acompanhamento continuou após a transferência deles para a unidade de internação(seis pacientes tiveram alta para os setores).

A amostragem teve caráter aleatório, com a entrevista de um paciente de cada box, independente de sexo, idade, religião e tipo de patologia. Preocupei-me em realizar a abordagem em horário em que o setor estivesse menos agitado e os pacientes hemodinamicamente em equilíbrio (máximo permitido), sem estarem sedados ou com dor, para que a interação, durante a entrevista fosse a melhor possível. Todas as observações feitas foram anotadas em formulário próprio, e as gravações decodificadas, transcritas e digitadas no computador. Uma nova conferência confirmou a veracidade dos dados.

Dos nove pacientes acompanhados e ouvidos, três eram do sexo masculino e seis do sexo feminino. Sua idade variava entre 25 e 78 anos. Quanto à profissão, o resultado foi o seguinte: do lar(3), aposentados(2) professora(1), vendedor(1), agricultor(1), profissional liberal(1).

O período de internação destes pacientes na UTI variou de 04 a 21 dias. Os diagnósticos eram: Politraumatismo grave (3), doença hipertensiva específica de gravidez (1), insuficiência respiratória e choque séptico (1) esofagogastro anastomose por carcinoma (1), tumor de hipófise com acromegalia (1), doença broncopulmonar obstrutivo-crônica(DBPOC) e insuficiência cardíaca (1), e trauma raque-medular com tetraplegia (1).

### **5.3 - Análise e interpretação dos dados**

Neste momento todos os dados coletados e descritos no relatório da prática assistencial foram analisados e interpretados.

À luz dos conceitos norteadores e constantes do marco conceitual, foi feita a análise e a interpretação dos dados, utilizando as recomendações e orientações de Bardin (1977, pág. 95). A análise dos dados constituiu-se de:

- 1 - pré-análise;

- 2 - exploração do material;
- 3 - tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O método nos deu liberdade para que se fizesse um aprofundamento dos dados referenciados pelo grupo pesquisado.

Assim, a análise e interpretação dos dados foi efetuada, e balizada por uma reflexão e uma relação deles entre si, com a intenção de articular estes dados e confrontá-los com o referencial teórico utilizado.

Esta análise assim aprofundada tratou de perceber, partindo do individual para o geral e vice-versa, o conjunto das relações envolvidas. Para isso, evoluiu daquilo que foi constatado concretamente no trabalho com o grupo, até chegar ao abstrato imaginário, sempre observando e confrontando os aspectos sustentados pelo referencial teórico, com as situações encontradas na prática.

#### **5.4 - A construção de vivências para buscar o entendimento dos profissionais de enfermagem de como ocorrem as relações entre as pessoas no cuidado em UTI**

Inicialmente os dados foram separados por categorias, a partir da decodificação dos três instrumentos explicitados abaixo:

1. instrumento aplicado à equipe de enfermagem da UTI no início da prática assistencial(08 pessoas);
2. instrumento aplicado à mesma equipe, ao final da prática assistencial (09 pessoas);
3. instrumento com registro dos depoimentos colhidos de nove pacientes internados na UTI, que consentiram em participar do estudo, em momento de plena consciência, sem uso de sedativos ou analgésicos; a coleta de dados foi realizada ao final da prática assistencial, nos meses de março e abril de 1998.

De posse dos dados dos três instrumentos datilografados de forma textual, efetuei a categorização dos temas principais, numerados de forma sequencial. O primeiro número visualizado após o ponto é o tema categorizado e extraído do texto elaborado a partir das falas.

Citarei a seguir todas as respostas evidenciadas a partir das entrevistas, discussões e observações contidas no primeiro instrumento.

No primeiro agrupamento dos dados principais extraídos dos instrumentos e discussões, bem como das anotações de observações, fiz a separação das atitudes de enfermagem positivas e negativas, na assistência em UTI. Destaco as reflexões propostas sobre o cuidado, e os aspectos relacionados com o ambiente e sua influência sobre a assistência de enfermagem.

O cuidado solidário é percebido e entendido por mim como valor, pois está diretamente ligado e relacionado com a manutenção e concepção da vida de cada ser humano. É um modo de sentir intencional, um processo de vivência de cada pessoa e um modo muito particular e individual de ser. O valor é sempre voltado a alguém e para cada um há uma espécie de reação sentimental. O valor é o que é significativo para alguém, podendo ser eventualmente mutável. Quando é feito um juízo de valor pensa-se sempre numa relação, não podendo ser desligado dela. O valor depende muito da capacidade intelectual e interpretação de cada pessoa e também de sua vontade. Se uma pessoa tem uma concepção errada dos valores, provavelmente não conseguirá valorizar e imprimir a sua vida e à vida dos outros um verdadeiro sentido. Por isso é que, no segundo momento, procedi a uma nova categorização dos mesmos dados principais, em seis categorias, agrupando-os da seguinte forma:

- o cuidado como valor cognitivo/habilidade técnica;
- o cuidado como valor afetivo;
- o cuidado como valor social;
- o cuidado como valor moral;
- o cuidado como valor fisiológico;
- o cuidado como valor organizativo.

## CATEGORIAS INICIAIS

### - As atitudes de enfermagem positivas na prestação da assistência em UTI

#### - Tomada de decisão correta no cuidado:

2.7 - *Ter certeza na aplicação dos medicamentos.*

5.21 - *Via certa, dosagem certa.*

#### - Dialogando com o paciente:

3.6 - *Conversar com o paciente e perguntar o senhor(a) está com dor, está sentindo algo; quando ele chamar, ir logo ver o que ele quer.*

4.10 - *Conversar mais com o paciente, havendo mais diálogo entre o paciente e a pessoa que o está cuidando.*

5.9 - *Dar informação sobre, os procedimentos, que vai ter que fazer, para o paciente receber a explicação que gostaria. Escutá-lo e entendê-lo.*

7.6 - *Orientação com relação aos procedimentos e não deixar o paciente sem resposta para suas perguntas*

#### - Cuidando o ser humano:

1.3 - *Saber que cada paciente é diferente.*

8.6 - *Como um ser singular.*

#### - Atenção e bom relacionamento no cuidado:

2.2 - *Um bom relacionamento.*

5.19 - *Atenção para com o paciente.*

6.7 - *Atenção.*

7.17 *Atenção*

#### - Responsabilidade no cuidado:

2.16 - *Principalmente com responsabilidade.*

6.8 - *Responsabilidade.*

#### - Ter conhecimento:

1.6 - *Ter conhecimento sobre o diagnóstico do paciente.*

6.9 - *Destreza manual.*

7.10 - *Não demonstrar inseguranças, aliado ao conhecimento técnico e científico.*

- Carinho e simpatia no cuidado:

1.14 - *Atender bem, fazendo sentir-se seguro e que ele encontrou um novo amigo.*

3.3 - *Está sendo bem familiar.*

4.8 - *Procurar demonstrar um pouco de carinho, ser mais simpático com o paciente.*

5.2 - *Mais cuidado e carinho com o paciente.*

6.16 - *Com carinho.*

7.16 - *Com carinho.*

- Disponibilidade no cuidado:

2.15 - *Disponibilidade.*

- Entusiasmo pela profissão:

3.2 - *Há mais entusiasmo pelo ideal escolhido.*

- Tratar o paciente com individualidade/singularidade:

1.3 - *Saber que cada paciente é diferente e que o profissional que estiver lhe cuidando saiba que além de ser paciente ele é um ser humano.*

3.4 - *Os pacientes estão sendo tratados como único e individualizado.*

4.23 - *Gostaria de ser tratado com mais humanidade, não se esquecendo de que ele é humano como a gente.*

8.5 - *A visão do paciente como um todo.*

- Zelar pelo conforto/bem-estar do paciente:

1.7 - *Diminuindo o tempo de permanência na mesma posição, preocupando-se com o bem estar do paciente.*

3.14 - *Principalmente quando se vê incapaz de fazer suas próprias necessidades, zelar pelo conforto.*

4.25 - *Zelar pelo conforto e bem estar do paciente.*

5.20 - *Fazer os cuidados de enfermagem, principalmente a higiene.*

6.2 - *Sempre fizemos as coisas visando o bem estar do paciente.*

8.3 - *Onde tenha sido colocado horário para execução, deixando a desejar cuidados básicos como mudança de decúbito, higiene ocular, oral, etc.*



- Agilidade e rapidez no cuidado:

5.10 - *Do médico ou enfermeira, agilizar quando paciente não estiver bem.*

- Ter bom humor:

4.14 - *Procurar não transmitir mau humor.*

5.16 - *Bom humor.*

- Satisfação em prestar o cuidado:

6.11 - *Satisfação.*

- Tratar o paciente com respeito:

4.9 - *Respeito por ele.*

6.17 - *Respeito.*

7.7 - *Não expor o paciente a situações de constrangimento.*

- Dignidade ao paciente:

6.18 - *Dignidade ao paciente.*

- Paciência ao cuidar:

7.8 - *Ter paciência.*

- Ter sentimentos/sensibilidade ao cuidar:

3.13 - *Com sentimentos de humanidade.*

8.8 - *Sentimentos e sensibilidade.*

- Saber que o paciente tem medo do desconhecido:

8.10 - *Medo do desconhecido, etc.*

- **As atitudes de enfermagem negativas na prestação da assistência em UTI**

- Cuidado automatizado:

1.2 - *A enfermagem quase sempre voltada para os equipamentos, medicações, fazer material esquecendo o lado humano do paciente e não vendo o paciente no sentido cefalo caudal detendo-se só no local que está manuseando.*

5.1 - *Bastante automática.*

6.5 - *Estamos acostumados a lidar com pacientes em coma.*

*7.4 - Acabamos executando apenas as técnicas e esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós.*

*- Não separar problemas pessoais com os do trabalho:*

*1.8 - Não separar problemas de casa com o trabalho.*

*- Falta diálogo/orientação ao paciente ao cuidar:*

*1.11 - Não dar importância do que o paciente relatar e não relatar ou comunicar as alterações que acontecem com paciente.*

*3.11 - Comentar insatisfação no serviço na frente dele.*

*4.18 - Não ter paciência para ouvir o que ele prefere, o funcionário deve escutar.*

*6.4 - Vejo que a conversa com o paciente é a parte que mais falta na equipe, quando temos pacientes conscientes esquecemos de conversar.*

*7.12 - Comentários desnecessários, e não dando atenção às suas queixas.*

*- Mau humor/má vontade:*

*1.9 - Atender o paciente por obrigação, não gostando de sua profissão.*

*2.9 - Mau humor e má vontade.*

*3.5 - Não é aquela coisa estou aqui como profissional devo somente cumprir minhas obrigações e chegar para atendê-lo com cara feia;*

*4.17 - Muita seriedade com os pacientes, mau humor, não aceitar brincadeiras que os pacientes fazem para amenizar o ambiente triste.*

*6.12 - Falta de vontade (mau humor) e cansaço.*

*7.11 - Mau humor.*

*- Pressão do setor:*

*2.10 - Pressão.*

*- Pouca disponibilidade ao cuidar:*

*2.18 - Cada profissional deve fazer uma reflexão crítica sobre a sua postura profissional e saber da importância da sua disponibilidade.*

*6.15 - Cansaço.*

*- Falta de paciência:*

*3.9 - Gritar com o paciente;*

4.3 - *Pela falta de paciência ao cuidar do paciente.*

- **Reflexão sobre a prática do cuidado em UTI na perspectiva dos profissionais**

- **Cuidado pode melhorar:**

2.1 - *Os cuidados são prestados de boa forma porém podem melhorar muito mais.*

3.1 - *Bom. Pessoas estão conversando, dialogando com o paciente, o tratando com mais humanidade.*

4.1 - *Está bom no sentido profissional.*

6.1 - *O cuidado prestado pelo turno, é muito bom, devemos tratar da mesma forma que gostaríamos de ser tratados quando ficássemos doentes.*

7.1 - *No meu ponto de vista, já estive pior mas tem pontos que podem ser melhorados, prestando o melhor serviço que puder.*

8.4 - *Considero-o bom, embora poderia ser mais holístico.*

- **Reflexão crítica sobre a postura profissional:**

4.2 - *Mas também está havendo muita reclamação, devemos aceitar as críticas que os pacientes fazem.*

4.19 - *Demonstração de que não gosta do que está fazendo.*

6.3 - *Olhando com mais profundidade*

- **Ética no cuidado:**

5.24 - *Ética com paciente.*

8.17 - *O profissional deve repensar sobre os princípios éticos da profissão.*

- **Mudar o conceito da população sobre a enfermagem:**

4.7 - *Por isso é que é preciso mudar esse conceito que eles tem de que a enfermeira é babá.*

- **Refletir sobre o automatismo - cuidado mecânico da UTI:**

8.1 - *Particularmente vejo que está bastante "mecânico", a maior parte dos cuidados limita-se ao cumprimento do horário das medicações ou de algum outro item da prescrição médica.*

- **Cuidado como processo de reabilitação:**

8.11 - *Além de promover processo de reabilitação e bem estar do paciente, permitindo que o mesmo sinta-se seguro diante do atendimento para a recuperação mais rápida.*

- Tratar o paciente como alguém de nossa família:

7.15 - *Como se ele fosse alguém de nossa família.*

- **Influência dos fatores do ambiente de UTI na prestação do cuidado**

- Rotina do setor:

3.17 - *Não só mantendo a cama arrumada e aplicando a medicação de rotina.*

5.11 - *Falta de roupa. Atraso das pastas nos plantões, e pouca informação.*

6.13 - *Falta de material.*

- Medo de UTI:

4.5 - *Os nossos pacientes tem um pouco de medo, tem receio porque se sentem abandonados e sozinhos.*

5.6 - *Pânico de que ficar à noite.*

- Diferença de atendimento/funcionamento turno:

5.5 - *Durante o dia é bom, existe bastante, queixa pela parte da noite.*

- Pouca explicação sobre o funcionamento do setor:

5.17 - *Receber a explicação que gostaria e que o médico explicasse o andamento do tratamento.*

## **OPERAÇÕES COM CATEGORIAS INICIAIS**

- **Cuidado como valor cognitivo/habilidade técnica**

- Informação/orientação ao paciente:

1.5 - *Esclarece suas dúvidas, deixando-o mais tranqüilo.*

3.6 - *Conversar com o paciente e perguntar o senhor(a) está com dor, está sentindo algo.*

4.4 - *Os funcionários devem escutar e conversar mais com o paciente, havendo mais diálogo entre o paciente e a pessoa que o está cuidando.*

5.9 - *Dar informação sobre, os procedimentos que vai ter que fazer para que o paciente receba a explicação que gostaria. Que o médico explicasse o andamento do tratamento e a enfermagem escutasse mais o paciente.*

6.4 - *Vejo que a conversa com o paciente é a parte que mais falta na equipe.*

7.9 - *Não deixar o paciente sem resposta para suas perguntas.*

- Conhecimento ao cuidar:

*1.6 - Ter conhecimento sobre o diagnóstico do paciente.*

*2.6 - Conhecimento.*

*7.6 - Orientação com relação aos procedimentos, aliado ao conhecimento técnico e científico.*

- Importância da destreza manual na execução da técnica:

*3.18 - Medicação como rotina.*

*6.9 - Destreza manual.*

*7.4 - Acabamos executando técnicas somente.*

- **Cuidado como valor social**

- Não separar problemas de casa com os do trabalho:

*1.8- Não separar problemas de casa com o trabalho.*

- **Cuidado solidário como valor afetivo**

- Amizade ao cuidar:

*1.14 - Atender bem, fazendo sentir-se seguro e que ele encontrou um novo amigo.*

*7.15 - Como se ele fosse alguém de nossa família.*

- Atenção ao cuidar:

*5.3 - Mais atenção para com o paciente.*

*6.7 - Atenção e carinho.*

*7.16 - Com carinho e atenção.*

- O mau humor do profissional interfere no cuidado:

*3.10 - Chegar para atendê-lo com cara feia.*

*4.14 - Procurar não transmitir mau humor e ter muita seriedade com os pacientes.*

*6.12 - Falta de vontade (mau humor).*

*7.11 - Mau humor.*

- Disponibilidade ao cuidar:

*2.8 - Falta disposição e não estar disponível ao paciente.*

*3.8 - Quando ele chamar, ir logo ver o que este quer.*

- Carinho ao cuidar:

2.13 - *Com carinho.*

4.8 - *Procurar demonstrar um pouco de carinho.*

5.2 - *Mais cuidado e carinho com o paciente.*

- **Escutar o paciente:**

3.20 - *Escutar o que tem a nos dizer.*

- **Respeito ao ser humano cuidado:**

4.9 - *Respeito por ele.*

- **Satisfação ao cuidar:**

6.11 - *Satisfação.*

- **O não envolvimento dificulta a realização do cuidado:**

7.3 - *Muitas vezes procuramos não nos envolver muito com o paciente.*

- **Paciência ao cuidar:**

3.9 - *Gritar com o paciente.*

4.3 - *Pela falta de paciência.*

7.8 - *Ter paciência.*

- **Importância da sensibilidade:**

8.8 - *Sentimentos e sensibilidade ao cuidar.*

- **Cuidado como valor moral**

- **Cuidado automatizado/valorização dos equipamentos:**

1.1 - *Que todos os pacientes são manipulados como se todos estejam sedados ou em coma, esquecendo os conscientes. A enfermagem quase sempre voltada para os equipamentos, medicações, fazer material esquecendo o lado humano do paciente.*

5.1 - *Bastante automática.*

8.1 - *Particularmente vejo que está bastante "mecânico".*

7.14 - *Executar apenas as técnicas.*

- **Ética no cuidado:**

1.9 - *Atender o paciente por obrigação, não gostando de sua profissão.*

2.11 - *Má vontade.*

6.17 - *Respeitar o paciente na sua individualidade e na dignidade.*

7.2 - *Através de um trabalho de humanização na relação funcionário-paciente e não fazendo comentários desnecessários.*

- **Cuidado humanizado:**

1.3 - *Saber que cada paciente é diferente e que o profissional que estiver lhe cuidando saiba que além de ser paciente ele é um ser humano.*

3.4 - *Os pacientes estão sendo tratados como único e individualizado.*

4.23 - *Gostaria de ser tratado com mais humanidade, não esquecendo de que ele é humano como a gente.*

7.5 - *Esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós.*

8.6 - *Como um ser singular.*

- **Cuidado como valor fisiológico**

- **Cuidado automatizado:**

6.5 - *Estamos acostumados a lidar com pacientes em coma, quando temos pacientes conscientes esquecemos de conversar.*

- **Não ver o paciente como um todo (céfalo-caudal):**

1.10 - *Não ver o paciente no sentido céfalo-caudal detendo-se só no local que está manuseando.*

- **Zelando pelo conforto e bem-estar do paciente:**

3.14 - *Principalmente quando se vê incapaz de fazer suas próprias necessidades, zelar pelo conforto e bem estar do paciente,*

4.25 - *Zelar pelo conforto e bem estar do paciente*

5.4 - *Higiene.*

6.2 - *Sempre fizemos as coisas visando o bem estar do paciente.*

8.12 - *Junto às orientações médicas, vejo que a enfermagem tem grande responsabilidade no conforto e bem estar do paciente.*

- **O cansaço dificulta o cuidado com qualidade:**

6.15 - *Cansaço.*

- Não ouvir o paciente quando se queixa de algo:

*7.13 - Não dar atenção as suas queixas.*

- O cuidado como valor fisiológico:

*7.20 - Para auxiliar no mais rápido possível seu restabelecimento.*

*8.11 - Além de promover processo de reabilitação*

### **Cuidado como valor organizativo**

- Tomada de decisão:

*1.4 - Tomar decisão na hora certa agindo corretamente.*

*2.7 - Certeza.*

*5.21- Via certa, dosagem certa.*

- Melhorar a organização para aprimorar o cuidado:

*4.2 - Mas também está havendo muita reclamação, devemos aceitar as críticas que os pacientes fazem.*

*5.5 - Durante o dia é bom, existe bastante, queixa pela parte da noite.*

*6.3 - Olhando com mais profundidade o cuidado prestado pelo turno, é muito bom,*

*7.1 - No meu ponto de vista, já estive pior mas tem pontos que podem ser melhorados, não nos esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós e que devemos prestar o melhor serviço que puder.*

- Responsabilidade ao cuidar:

*2.16 - Principalmente com responsabilidade.*

*5.20 - Fazer os cuidados enfermagem.*

*6.8 - Responsabilidade.*

- Pressão do ambiente sobre a equipe/paciente:

*2.10 - Pressão.*

- Entusiasmo com o local de trabalho/profissão:

*3.2 - Há mais entusiasmo pelo ideal escolhido. Não é aquela coisa estou aqui como profissional devo somente cumprir minhas obrigações ou comentar insatisfação no serviço na frente dele.*



4.1 - *Está bom no sentido profissional, mas não devemos nos deter apenas no lado profissional; não devemos demonstrar que não gostamos do que estamos fazendo.*

Sobre os dados encontrados faremos algumas análises e inferências:

#### **Atitudes de enfermagem positivas**

- A equipe (04 pessoas) salienta a importância e o valor do diálogo e da orientação ao paciente como pontos fundamentais para aprofundar o cuidado como atitude relacional. Falam também da importância de se ouvir mais o paciente. Estes fatores citados permitem uma aproximação maior entre cuidador e o paciente, havendo uma maior colaboração e coresponsabilidade no atendimento.

- *“... conversar com o paciente e perguntar o senhor(a) está com dor, está sentindo algo; quando ele chamar, ir logo ver o que ele quer...”*(3.6).
- *“... conversar mais com o paciente, havendo mais diálogo entre o paciente e a pessoa que o está cuidando...”*(4.10).
- *“... dar informação sobre, os procedimentos, que vai ter que fazer, para o paciente receber a explicação que gostaria. Escutá-lo e entendê-lo...”*(5.9).
- *“... orientação com relação aos procedimentos e não deixar o paciente sem resposta para suas perguntas...”*(7.6).

- Foi salientada (06 pessoas) a importância da atenção e do carinho como atitudes indispensáveis para o cuidado. Com estas atitudes o paciente sente-se mais seguro vendo o cuidador mais do que simplesmente um profissional, mas um amigo.

- *“... atender bem, fazendo sentir-se seguro e que ele encontrou um novo amigo...”*(1.14).
- *“... está sendo bem familiar...”*(3.3).
- *“...procurar demonstrar um pouco de carinho, ser mais simpático com o paciente...”*(4.8).
- *“... mais cuidado e carinho com o paciente...”*(5.2).
- *“...com carinho...”*(6.16).
- *“... com carinho...”*(7.16).

- Relatado (06 pessoas) que as atitudes da enfermagem em zelar pelo conforto e bem-estar do paciente são imprescindíveis para se ter um cuidado com qualidade.

- *“... diminuindo o tempo de permanência na mesma posição, preocupando-se com o bem estar do paciente...”*(1.7).

- “... principalmente quando se vê incapaz de fazer suas próprias necessidades, zelar pelo conforto...”(3.14).
- “... zelar pelo conforto e bem estar do paciente...”(4.25).
- “... fazer os cuidados de enfermagem, principalmente a higiene...”(5.20).
- “... sempre fizemos as coisas visando o bem estar do paciente...”(6.2).
- “...onde tenha sido colocado horário para execução, deixando a desejar cuidados básicos como mudança de decúbito, higiene ocular, oral, etc...”(8.3).

- O conhecimento técnico-científico proporciona segurança durante a assistência.

- “... ter conhecimento sobre o diagnóstico do paciente...”(1.6).
- “...destreza manual...”(6.9).
- “...não demonstrar inseguranças, aliado ao conhecimento técnico e científico...”(7.10)

- Tratar o paciente como ser singular, respeitar sua individualidade, sabendo que está cuidando de um ser humano, atendendo-o em sua totalidade e sabendo que cada um é diferente (04 pessoas).

- “...saber que cada paciente é diferente e que o profissional que estiver lhe cuidando saiba que além de ser paciente ele é um ser humano...”(1.3).
- “... os pacientes estão sendo tratados como único e individualizado...”(3.4).
- “... gostaria de ser tratado com mais humanidade, não se esquecendo de que ele é humano como a gente...(4.23).
- “... a visão do paciente como um todo...”(8.5).

- Respeitar o paciente, evitar situações de constrangimento, respeitando a sua privacidade, favorece a relação do cuidado.

- “...respeito por ele...”(4.9).
- “... respeito...”(6.17).
- “...não expor o paciente a situações de constrangimento...”(7.7).

Foram citadas também as seguintes atitudes de enfermagem positivas:

- tomada de decisão correta;
- responsabilidade no cuidado;
- disponibilidade;
- entusiasmo pela profissão;

- agilidade e rapidez no cuidado;
- ter bom humor;
- satisfação em prestar o cuidado
- tratar o paciente com dignidade;
- ter sentimento e sensibilidade no cuidado;
- ter paciência;
- o paciente tem medo do desconhecido.

#### **Atitudes de enfermagem negativas:**

- A falta de diálogo, falta de orientação, não ouvir o paciente no cuidado são atitudes que prejudicam a assistência e dificultam a relação.

- *“...não dar importância do que o paciente relatar e não relatar ou comunicar as alterações que acontecem com paciente...”(1.11).*
- *“...comentar insatisfação no serviço na frente dele...”(3.11).*
- *“... não ter paciência para ouvir o que ele prefere, o funcionário deve escutar...”(4.18)*
- *“...vejo que a conversa com o paciente é a parte que mais falta na equipe, quando temos pacientes conscientes esquecemos de conversar...”(6.4).*
- *“... comentários desnecessários, e não dando atenção às suas queixas...”(7.12):*

- O mau humor e a má vontade apareceram (06 pessoas) como atitudes extremamente danosas e prejudiciais para a assistência.

- *“...atender o paciente por obrigação, não gostando de sua profissão...”(1.9). “...mau humor e má vontade...”(2.9).*
- *“...não é aquela coisa estou aqui como profissional devo somente cumprir minhas obrigações e chegar para atendê-lo com cara feia...”(3.5).*
- *“...muita seriedade com os pacientes, mau humor, não aceitar brincadeiras que os pacientes fazem para amenizar o ambiente triste...”(4.17).*
- *“...falta de vontade (mau humor) e cansaço...”(6.12).*
- *“...mau humor...”(7.11).*

- O cuidado automatizado da enfermagem e a atenção da equipe direcionada para os equipamentos tornam as relações bastante impessoais. Por estes fatores muitas vezes a enfermagem trata os pacientes de maneira impessoal, como se todos estivessem em como ou sedados.

- “... a enfermagem quase sempre voltada para os equipamentos, medicações, fazer material esquecendo o lado humano do paciente e não vendo o paciente no sentido cefalo caudal detendo-se só no local que está manuseando...”(1.2).
- “...bastante automática...”(5.1).
- “...estamos acostumados a lidar com pacientes em coma...”(6.5).
- “...acabamos executando apenas as técnicas e esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós...”(7.4)

- A pouca disponibilidade e a falta de paciência foram citadas (02 pessoas) como atitudes prejudiciais ao cuidado.

- “...cada profissional deve fazer uma reflexão crítica sobre a sua postura profissional e saber da importância da sua disponibilidade...”(2.18).
- “...cansaço...”(6.15).
- Falta de paciência “...gritar com o paciente...”(3.9).
- “...pela falta de paciência ao cuidar do paciente...”(4.3).

Foram citadas ainda:

- não separar problemas particulares com os do trabalho;
- pressão e stress do setor.

#### **Reflexões sugeridas aos profissionais da equipe:**

- O cuidado pode melhorar, aprimorando-se o diálogo e vendo o paciente na sua totalidade.

- “...os cuidados são prestados de boa forma porém podem melhorar muito mais...”(2.1)
- “...bom. Pessoas estão conversando, dialogando com o paciente, o tratando com mais humanidade...”(3.1).
- “...está bom no sentido profissional...”(4.1).
- “... o cuidado prestado pelo turno, é muito bom, devemos tratar da mesma forma que gostaríamos de ser tratados quando ficássemos doentes...”(6.1).
- “...no meu ponto de vista, já esteve pior mas tem pontos que podem ser melhorados, prestando o melhor serviço que puder...”(7.1).
- “...considero-o bom, embora poderia ser mais holístico...”(8.4).

- Fazer uma reflexão crítica sobre a postura profissional, estando alerta aos pedidos e sugestões feitos pelos pacientes durante a assistência.

- “...mas também está havendo muita reclamação, devemos aceitar as críticas que os pacientes fazem...”(4.2).
- “...demonstração de que não gosta do que está fazendo...”(4.19).
- “...olhando com mais profundidade...”(6.3).
  - Reflexão ética sobre o cuidado.
- “...ética com paciente...”(5.24).
- “... o profissional deve repensar sobre os princípios éticos da profissão...” (8.17)
  - Mudar o conceito que a população tem em relação à enfermagem.
- “...por isso é que é preciso mudar esse conceito que eles tem de que a enfermeira é babá...”(4.7).
  - Refletir sobre o automatismo, o cuidado mecânico (não reflexivo) e a rotinização do setor.
- “...particularmente vejo que está bastante “mecânico”, a maior parte dos cuidados limita-se ao cumprimento do horário das medicações ou de algum outro item da prescrição médica...”(8.1).
  - Repensar o cuidado como um processo de reabilitação.
- “... além de promover processo de reabilitação e bem estar do paciente, permitindo que o mesmo sintam-se seguro diante do atendimento para a recuperação mais rápida...”(8.11).
  - Tratar o paciente como se fosse alguém de nossa família.
- “...como se ele fosse alguém de nossa família...”(7.15).

### **Ambiente da UTI**

- A rotina do setor é muito forte seguida de forma rígida pela equipe, tornando as ações da enfermagem pouco flexíveis.
- “...não só mantendo a cama arrumada e aplicando a medicação de rotina...”(3.17).
- “... falta de roupa. Atraso das pastas nos plantões, e pouca informação...”(5.11).
- “...falta de material...”(6.13).
  - O paciente tem medo do setor, rotulando-o como um local triste e angustiante.
- “...os nossos pacientes tem um pouco de medo, tem receio porque se sentem abandonados e sozinhos...”(4.5).
- “...pânico de que ficar à noite...”(5.6).
  - Há diferenças de atendimento nos turnos.

- “... durante o dia é bom, existe bastante, queixa pela parte da noite...”(5.5).
  - São dadas poucas explicações aos pacientes e familiares sobre o funcionamento do setor.
- “...receber a explicação que gostaria e que o médico explicasse o andamento do tratamento...”(5.17)

**Nas operações com as categorias iniciais percebe-se:**

**1 - Valor cognitivo/habilidade técnica:**

- Importância dada ao conhecimento técnico-científico e para a habilidade técnica necessários para o cuidado, sendo entendidos como um valor.

- “... Ter conhecimento sobre o diagnóstico do paciente...”(1.6).
- “... conhecimento...”(2.6).
- “... orientação com relação aos procedimentos, aliado ao conhecimento técnico e científico...”(7.6).

- Ter conhecimento do diagnóstico do paciente ao cuidar.

- A informação e a orientação dadas aos pacientes são fundamentais durante a assistência.

- “... esclarece suas dúvidas, deixando-o mais tranquilo...”(1.5).
- “... conversar com o paciente e perguntar o senhor(a) está com dor, está sentindo algo...”(3.6).
- “... os funcionários devem escutar e conversar mais com o paciente, havendo mais diálogo entre o paciente e a pessoa que o está cuidando...”(4.4).
- “... dar informação sobre, os procedimentos que vai ter que fazer para que o paciente receba a explicação que gostaria. Que o médico explicasse o andamento do tratamento e a enfermagem escutasse mais o paciente...”(5.9).
- “... vejo que a conversa com o paciente é a parte que mais falta na equipe...”(6.4).
- “... não deixar o paciente sem resposta para suas perguntas...”(7.9).

- Destreza manual.

- “...medicação como rotina...”(3.18).
- “... destreza manual...”(6.9).
- “...acávamos executando técnicas somente...”(7.4).

## 2 - Valor social:

- Os problemas familiares e a situação social do profissional interferem na assistência.

- “... não separar problemas de casa com o trabalho...”(1.8).

## 3 - Valor afetivo:

Foram citadas as seguintes atitudes:

- Amizade ao cuidar.

- “...atender bem, fazendo sentir-se seguro e que ele encontrou um novo amigo...”(1.14).  
“...como se ele fosse alguém de nossa família...”(7.15).

- Atenção ao cuidar.

- “... mais atenção para com o paciente...”(5.3). “... atenção e carinho...”(6.7). “...com carinho e atenção...”(7.16).

- O mau humor interfere de maneira significativa na assistência.

- “...chegar para atendê-lo com cara feia...”(3.10).
- “...procurar não transmitir mau humor e ter muita seriedade com os pacientes...”(4.14).
- “...falta de vontade (mau humor)...”(6.12).
- “...mau humor...”(7.11).

- Disponibilidade.

- “...falta disposição e não estar disponível ao paciente...”(2.8).
- “...quando ele chamar, ir logo ver o que este quer...”(3.8).

- Carinho.

- “...com carinho...”(2.13).
- “...procurar demonstrar um pouco de carinho...”(4.8).
- “...mais cuidado e carinho com o paciente...”(5.2).

- Escutar o paciente.

- “...escutar o que tem a nos dizer...”(3.20).

- Respeito ao ser humano.

- “... respeito por ele...”(4.9).

- Satisfação ao cuidar.

- “... satisfação...”(6.11)

- O não envolvimento dificulta o cuidado.

- “...*muitas vezes procuramos não nos envolver muito com o paciente...*” (7.3).
  - Paciência.
- “... *gritar com o paciente...*” (3.9).
- “...*pela falta de paciência...*” (4.3).
- “...*ter paciência...*” (7.8).
  - Importância de ter sentimentos/sensibilidade ao cuidar.
- “... *sentimentos e sensibilidade ao cuidar...*” (8.8).

#### 4 - Valor moral:

- O cuidado automatizado, com a valorização excessiva dos equipamentos são considerados como atitudes pouco éticas e pouco morais.

- “... *que todos os pacientes são manipulados como se todos estejam sedados ou em coma, esquecendo os conscientes. A enfermagem quase sempre voltada para os equipamentos, medicações, fazer material esquecendo o lado humano do paciente...*” (1.1).
- “...*bastante automática...*” (5.1).
- “...*particularmente vejo que está bastante “mecânico”* (8.1).
- “...*executar apenas as técnicas...*” (7.14).
  - Ética no cuidado.
- “...*atender o paciente por obrigação, não gostando de sua profissão...*” (1.9).
- “... *má vontade...*” (2.11).
- “...*respeitar o paciente na sua individualidade e na dignidade...*” (6.17).
- “...*através de um trabalho de humanização na relação funcionário-paciente e não fazendo comentários desnecessários...*” (7.2).

#### - Cuidado humanizado.

- “...*saber que cada paciente é diferente e que o profissional que estiver lhe cuidando saiba que além de ser paciente ele é um ser humano...*” (1.3).
- “... *os pacientes estão sendo tratados como único e individualizado...* (3.4).
- “... *gostaria de ser tratado com mais humanidade, não esquecendo de que ele é humano como a gente...* (4.23).
- “...*esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós...*” (7.5).
- “...*como um ser singular...*” (8.6).

#### 5 - Valor fisiológico:



- Zelar pelo conforto e bem-estar do paciente.

- “...principalmente quando se vê incapaz de fazer suas próprias necessidades, zelar pelo conforto e bem estar do paciente...”(3.14).
- “...zelar pelo conforto e bem estar do paciente...”(4.25).
- “...higiene...”(5.4).
- “...sempre fizemos as coisas visando o bem estar do paciente...”(6.2).
- “... junto às orientações médicas, vejo que a enfermagem tem grande responsabilidade no conforto e bem estar do paciente...”(8.12).

- Não ver o paciente céfalo-caudal(todo) dificulta a assistência.

- “... não ver o paciente no sentido cefalo-caudal detendo-se só no local que está manuseando...”(1.10).

- O cansaço do profissional dificulta o cuidado.

- “...cansaço...”(6.15).

- Não ouvir as queixas dos pacientes (sintomas) é prejudicial ao paciente.

- “... não dar atenção as suas queixas...”(7.13).

- O cuidado como valor fisiológico.

- “...para auxiliar no mais rápido possível seu restabelecimento...”(7.20). ...”além de promover processo de reabilitação...”(8.11).

6 - Valor organizativo:

- Melhorar a organização do setor para aprimorar e aperfeiçoar a assistência.

- “...mas também está havendo muita reclamação, devemos aceitar as críticas que os pacientes fazem...”(4.2).
- “... durante o dia é bom, existe bastante, queixa pela parte da noite...”(5.5).
- “... olhando com mais profundidade o cuidado prestado pelo turno, é muito bom...”(6.3).
- “... no meu ponto de vista, já estive pior mas tem pontos que podem ser melhorados, não nos esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós e que devemos prestar o melhor serviço que puder...”(7.1).

- Responsabilidade ao cuidar.

- “...principalmente com responsabilidade...”(2.16).
- “...fazer os cuidados enfermagem...”(5.20).
- “...responsabilidade...”(6.8).

- Pressão do ambiente sobre a equipe/paciente.

- “... pressão...”(2.10).  
- Entusiasmo pela profissão.
- “...há mais entusiasmo pelo ideal escolhido. Não é aquela coisa estou aqui como profissional devo somente cumprir minhas obrigações ou comentar insatisfação no serviço na frente dele...”(3.2).
- “... está bom no sentido profissional, mas não devemos nos deter apenas no lado profissional; não devemos demonstrar que não gostamos do que estamos fazendo...”(4.1).  
- Tomada de decisão correta.
- “...tomar decisão na hora certa agindo corretamente...”(1.4).
- “... certeza...”(2.7). “... via certa, dosagem certa..”(5.21)..

### **5.5 - Construção de vivências para refletir com a equipe de enfermagem sobre os princípios da solidariedade no cuidado em UTI**

A mesma categorização dos temas foi feita com o segundo instrumento (anexo 1) aplicado com a mesma equipe de enfermagem, turno da tarde da UTI. Este instrumento foi aplicado no final da prática assistencial, onde já se tinha trabalhado a solidariedade (cuidado solidário) e os outros conceitos utilizados no marco conceitual do estudo. Categorizei da seguinte maneira:

- o cuidado solidário e as atitudes positivas na prestação da assistência em UTI;
- o cuidado solidário e as atitudes negativas na prestação da assistência em UTI;
- reflexão sobre a prática do cuidado solidário em UTI na perspectiva dos profissionais;
- a influência dos fatores do ambiente de UTI na prestação do cuidado solidário.

A partir daí fiz as operações com as categorias iniciais agrupadas em seis sub-categorizadas assim dispostas:

- o cuidado solidário como valor cognitivo/ habilidade técnica;
- o cuidado solidário como valor social;
- o cuidado solidário como valor afetivo;
- o cuidado solidário como valor moral;
- o cuidado solidário como valor fisiológico;
- o cuidado solidário como valor organizativo.

## CATEGORIAS INICIAIS

### **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas na prestação da assistência em UTI**

#### - Solidariedade do cuidado:

1.16 - *Sem a solidariedade não é feito por inteiro o cuidado de enfermagem, vendo o paciente como objeto.*

2.16 - *Solidariedade é zelar pelo conforto do paciente.*

4.19 - *Ser solidário é estar disponível e preocupar-se com ele e com a família.*

5.6 - *Solidariedade ao cuidar e trocar conhecimentos e emoções com o paciente.*

6.9 - *Solidariedade é o ato humano de cuidar, que traz sentido ao verdadeiro cuidado.*

7.16 - *Solidariedade é dar atenção.*

8.15 - *Sendo solidário o paciente se sentirá mais seguro.*

9.21 - *Com solidariedade os fatores negativos podem transformarem-se em coragem e confiança.*

#### - Dialogando com o paciente:

2.3 - *Procuramos sempre comunicar o que vamos fazer, sempre que possível. Chamar o paciente pelo nome, ouvir suas queixas, ver se o paciente está com dor.*

3.1 - *O atendimento é bom, há diálogo. Ouvir quando ele chama, falar para o paciente o que vamos fazer, conversar bastante com ele.*

4.1 - *Conversar com o paciente, ouvir, explicar onde ele está, explicar cada procedimento e o porquê, comunicar suas reações.*

6.6 - *Diálogo é importante na relação do cuidado.*

7.4 - *Diálogo, e escutá-lo dando informação ao paciente.*

8.1 - *Diálogo com os pacientes.*

9.13 - *Entender os gestos, e suas palavras.*

#### - Cuidando o ser humano:

1.6 - *Cuidar com humanidade pois o paciente gosta de ser cuidado como um ser humano.*

3.20 - *Ver ele como pessoa.*

4.14 - *Tratá-lo como ser humano.*

6.16 - *Com amor ao que se faz e no ser humano como um todo.*

7.15 - *Tratar como gente não como doente.*

*8.13 - Dedicção como se fosse um familiar nosso.*

- Atenção e bom relacionamento no cuidado:

*1.1 - Atenção ao paciente e a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de tratar bem o paciente,*

*2.1 - Muito bom, porém o cuidado é feito com muita atenção.*

*3.11 - Com atenção.*

*5.13 - Muita dedicação.*

*6.8 - Cuidado com atenção.*

*7.5 - Atenção e bom relacionamento.*

- Cuidado com responsabilidade:

*2.6 - Verificar sempre a medicação, a via certa e a dose certa, fazendo o cuidado sempre do horário.*

*3.4 - Verificar sempre a medicação.*

*5.5 - Responsabilidade.*

*8.5 - Responsabilidade.*

*9.11 - Vontade de vencer o sacrificio da doença.*

- Respeitando o paciente no cuidado:

*4.17 - Respeitando acima de tudo.*

*5.3 - Respeito.*

*8.2 - Respeito.*

*9.9 - Respeitando seus limites de personalidade.*

- Carinho/reciprocidade/calma no cuidado:

*1.2 - Calma e carinho.*

*2.14 - Carinho.*

*3.12 - Carinho.*

*4.13 - Com carinho. Fazer com que ele se sinta compreendido.*

*5.11 - Com carinho.*

*6.10 - Carinho.*

7.6 - *Carinho.*

8.4 - *Carinho.*

9.2 - *Carinho e reciprocidade.*

- Ser prestativo/ter disponibilidade no cuidado:

2.18 - *É ser prestativo.*

3.17 - *Ser prestativo.*

7.9 - *Ter disponibilidade.*

- Zelar pelo conforto/bem-estar ajudando o paciente:

2.17 - *Seu bem estar.*

3.15 - *Zelar pelo bem estar e conforto do paciente.*

5.15 - *Confortável.*

7.3 - *Na medida do possível é bom, se tem cuidado mais com o paciente nas suas necessidades.*

9.5 - *Ajudando e procurando proporcionar conforto e tranquilidade.*

- Agilidade/segurança/eficiência do cuidado:

3.13 - *Sentindo-se segura, atender o paciente com rapidez.*

5.1 - *Eficiência e segurança.*

2.15 - *Sentindo-se seguro.*

- Passar confiança ao paciente:

1.15 - *Passar confiança para ele.*

- Satisfação pela profissão/em cuidar:

6.20 - *Satisfação em cuidar o paciente e pela profissão escolhida.*

- Cuidado como troca/troca de emoções:

9.16 - *A troca de emoções é boa.*

- Respeitar a dignidade do paciente:

9.12 - *Tratar o doente com dignidade.*

- Ter sentimentos ao cuidar:

*9.1 - Compaixão e entender o sentimento de raiva pela doença.*

- Importância do toque ao cuidar:

*3.14 - Toque no paciente para se aproximar mais (toque sempre na testa e nos ombros).*

*6.5 - Toque.*

- O cuidado como compromisso com a vida:

*5.18 - Zelar pela saúde e a preservação da vida.*

*6.21 - Englobando o todo e o ser humano debilitado como princípio da nossa existência.*

*9.17 - O cuidado é algo que engrandece as pessoas, tornando os seres humanos mais nobres.*

- Reflexão sobre o cuidado/profissão:

*9.24 - Temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais.*

*7.10 - O não aceitar do paciente a crítica dos familiares.*

- Ver o paciente como um todo:

*2.19 - Atendendo as necessidades do paciente como um todo.*

- Participar e opinar sobre a assistência:

*4.7 - Ter iniciativa e dar opiniões.*

*6.19 - Completo.*

### **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem negativas na prestação da assistência em UTI**

- Falta de ética no cuidado:

*2.9 - Falar palavras obscenas.*

*3.8 - Usar vocabulário indiscreto.*

*5.7 - Se referir ao paciente de forma inadequada, fazendo comentários inadequados para o paciente, faltando com ética.*

*8.9 - Falta de ética, falta de respeito.*

*9.3 - Pena.*

- Falta diálogo:

2.10 - *Chamar a sua atenção.*

3.9 - *Chamar a atenção do paciente sem antes ouvi-lo.*

4.8 - *Não ouvir o paciente, não informar o que está acontecendo.*

8.8 - *Falta de diálogo com o paciente.*

- **Mau humor/indiferença/má vontade ao cuidar:**

1.7 - *Mau humor, indiferença, má atitude, desinteresse pelo ser humano.*

4.11 - *Estar sempre de mau humor e reclamando de tudo.*

6.11 - *Indiferença, frieza e mau humor.*

- **Não gostar da profissão:**

1.11 - *E não gostar da profissão que exerce.*

- **Ver somente a doença:**

3.19 - *Ver só a doença.*

4.10 - *Ver somente como doente (doença), não como ser humano.*

- **Não ter preocupação com a família:**

5.10 - *Falta de compreensão com paciente e familiares.*

- **Falta de preparo/maturidade para desempenhar a profissão/competitividade negativa:**

6.1 - *Falta ainda maturidade ao pessoal, o cuidado deve englobar o todo e o ser humano debilitado como princípio da nossa existência.*

6.17 - *Compromisso com o paciente deve ser o mais humano possível.*

- **Falta de paciência ao cuidar:**

8.11 - *E paciência com o paciente.*

### **Reflexão sobre a prática do cuidado solidário em UTI na perspectiva dos profissionais de enfermagem**

- **Postura profissional/ética profissional:**

1.19 - *É urgente a equipe da UTI fazer uma reflexão crítica sobre a sua ética, relação com o paciente na UTI, para que possamos aperfeiçoar o cuidado.*

2.8 - *Comentários de insatisfação.*

3.7 - *Fazer comentários na frente do paciente.*

7.11 - *Quando sinto pena e me coloco no lugar dele e da família, quando o paciente não reage.*

8.14 - *Temos o compromisso de auxiliá-lo durante o período em que se encontra enfermo. No meu ponto de vista depende do turno de trabalho, varia de bom a razoável.*

- Traçar metas para melhorar a assistência:

5.20 - *Podemos nos reunir e traçar metas para melhorar a assistência em UTI.*

- Melhorar o cuidado:

6.22 - *Acredito que o cuidado deva estar em constante evolução, é notória a melhora do setor com relação ao cuidado, mas ainda estamos a desejar mais, melhorar mais.*

7.2 - *Segurança.*

8.17 - *As pessoas hoje tem mais bom senso e dedicação com os pacientes.*

- Responsabilidade ao cuidar:

7.1 - *Hoje o nosso trabalho é feito com mais responsabilidade.*

- Repensar o papel da Enfermagem:

9.24 - *Temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais.*

### **Influência dos fatores do ambiente de UTI na prestação do cuidado solidário**

- Cuidado automatizado:

1.13 - *E não como um objeto.*

9.8 - *Pois o trabalho do dia-a-dia nos leva a automatização.*

- Normas rígidas:

6.4 - *Mas normalmente é bom, mas em alguns turnos deve melhorar desde que o paciente aceite as normas impostas pelo setor.*

- Desentendimentos com o setor/empresa:

8.7 - *Demonstrar descontentamento com a empresa.*

- Falta de material/equipamento:

3.10 - *Falta de material.*



## **OPERAÇÕES COM CATEGORIAS INICIAIS**

### **Cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica**

- Informação/orientação e diálogo com o paciente:

2.3 - *Procuramos sempre comunicar o que vamos fazer, sempre que possível ouvir suas queixas.*

3.1 - *O atendimento é bom, há diálogo, ouvir quando ele chama, falar para o paciente o que vamos fazer, conversar bastante com ele.*

4.8 - *Não ouvir o paciente.*

6.6 - *Diálogo é importante na relação do cuidado.*

7.14 - *Escutá-lo, dando informação e comunicando tudo ao paciente.*

8.1 - *Diálogo com os pacientes.*

- Importância do conhecimento ao cuidar:

9.13 - *Entender os gestos e as palavras.*

- Entendendo as reações do paciente:

9.15 - *Entender o sentimento de raiva pela doença.*

- Atenção ao cuidar (estar atento):

6.8 - *Cuidado com atenção.*

7.5 - *Atenção.*

### **Cuidado solidário como valor social**

- Preocupação com a família:

5.10 - *Falta de compreensão com paciente e familiares.*

- As relações sociais hoje:

2.8 - *Comentários de insatisfação*

### **Cuidado solidário como valor afetivo**

- Atenção/carinho e ser prestativo no cuidar:

1.1 - *Atenção ao paciente, carinho.*

2.1 - *Muito bom, porém o cuidado é feito com muita atenção chamando o paciente pelo nome, tratando com carinho e sendo prestativo.*

3.11 - *Com atenção, carinho, sendo prestativo.*

4.13 - *Com carinho.*

5.4 - *Carinho.*

6.7 - *Atenção, carinho.*

7.6 - *Carinho.*

8.4 - *Carinho.*

8.12 - *O paciente deve ser atendido com carinho.*

9.2 - *Carinho, a troca de emoções é boa. O paciente tem que sentir-se amado.*

- **Ter calma e paciência:**

1.2 - *Calma.*

8.11 - *E paciência com o paciente.*

- **Passar confiança/ter amizade:**

1.4 - *Passar confiança.*

4.18 - *O paciente de ser mais severo, muitas vezes recuperando-se mais rápido porém não encontrou lá um profissional mas um amigo.*

- **Troca de sentimento/reciprocidade no cuidado:**

9.16 - *A troca de emoções é boa.*

### **Cuidado solidário como valor moral**

- **Solidariedade:**

1.3 - *Solidariedade.*

2.16 - *Solidariedade é zelar pelo conforto do paciente.*

5.6 - *Solidariedade.*

6.9 - *Solidariedade é um valor moral, pena que nem sempre é, a solidariedade é que traz sentido ao verdadeiro cuidado.*

7.16 - *Solidariedade é ter atenção.*

8.15 - *Particularmente sendo solidário, pois dessa forma se sentirá mais seguro.*

9.20 - *Esta solidariedade deve ser estendida também aos familiares.*

- **Ter uma relação boa/pessoa-pessoa:**

1.14 - *A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de tratar bem o paciente, com humanidade.*

2.17 - *Vendo seu bem estar.*

3.20 - *Ver ele como pessoa.*

4.10 - *Não ver somente como doente (doença) e sim ver como ser humano.*

5.7 - *Não se referir ao paciente de forma inadequada.*

6.17 - *Compromisso com o paciente deve ser o mais humano possível.*

9.17 - *É algo que engrandece as pessoas, tornando os seres humanos mais nobres.*

- *Ética no cuidado:*

2.9 - *Falar palavras obscenas.*

3.2 - *Chamar o paciente pelo nome, usando vocabulário indiscreto.*

5.3 - *Respeito, comentários inadequados para o paciente, falta de ética e respeito.*

9.9 - *Respeitando seus limites de personalidade, temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais.*

- *Carinho/disponibilidade ao cuidar:*

5.11 - *Com carinho.*

7.9 - *Disponibilidade.*

8.4 - *Carinho.*

9.1 - *Compaixão, pena, tratar o doente com dignidade.*

- *Não é moral o cuidado com frieza/indiferença/mau-humor:*

6.11 - *Indiferença, frieza e mau humor.*

### **Cuidado solidário como valor fisiológico**

- *Cuidado atendendo as necessidades do paciente:*

2.11 - *Ver se o paciente está com dor, atendendo as necessidades do paciente como um todo.*

3.15 - *Zelar pelo bem estar e conforto do paciente.*

5.15 - *Confortável.*

7.12 - *Com simplicidade.*

- *Toque como atitude de aproximação - contato:*

3.14 - *Toque do paciente para se aproximar mais (toque sempre na testa e nos ombros).*

6.5 - *Toque.*

9.10 - *Procuram proporcionar conforto, tranquilidade e vontade de vencer o sacrifício da doença.*

- Não só ver a doença - sinais e sintomas:

*3.19 - Não ver só a doença.*

### **Cuidado solidário como valor organizativo**

- O compromisso com a organização:

*2.2 - É compromisso.*

*8.7 - Demonstrar descontentamento com a empresa.*

- Cumprimento as rotinas do setor:

*2.6 - Verificar sempre a medicação, a via certa e a dose certa, fazer o cuidado sempre do horário.*

*3.4 - Verificar sempre a medicação.*

- Falta de equipamentos/material:

*2.12 - A falta de material.*

*3.10 - Falta de material.*

- Responsabilidade/eficiência/segurança do trabalho:

*5.1 - Eficiência, segurança, responsabilidade e muita dedicação.*

*7.1 - Hoje o nosso trabalho é feito com mais responsabilidade e segurança.*

*8.5 - Responsabilidade e seriedade no que faz.*

- Gostar da profissão:

*1.11 - E não gostar da profissão que exerce.*

- Automatização do cuidado:

*1.13 - E não como um objeto.*

*9.8 - Pois o trabalho do dia-a-dia nos leva a automatização.*

- Competitividade no grupo:

*6.13 - Competitividade negativa.*

### **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas**

- A solidariedade como atitude de enfermagem positiva foi citada por oito pessoas das nove que participaram do trabalho. A solidariedade é o ato humano de cuidar, é ter disponibilidade, permitindo ver o paciente por inteiro como ser humano. Solidariedade é troca com o paciente. A solidariedade é vista também como uma atitude de compaixão que dá coragem e estimula o paciente durante a sua doença.

- ◆ “... sem a solidariedade não é feito por inteiro o cuidado de enfermagem, vendo o paciente como objeto...”(1.16).
- ◆ “... solidariedade é zelar pelo conforto do paciente...”(2.16)
- ◆ “...ser solidário é estar disponível e preocupar-se com ele e com a família...”(4.19).
- ◆ “...solidariedade ao cuidar e trocar conhecimentos e emoções com o paciente...”(5.6)
- ◆ “... solidariedade é o ato humano de cuidar, que traz sentido ao verdadeiro cuidado...”(6.9).
- ◆ “... solidariedade é dar atenção...”(7.16)
- ◆ “... sendo solidário o paciente se sentirá mais seguro...”(8.15).
- ◆ “... com solidariedade os fatores negativos podem transformarem-se em coragem e confiança....”(9.21).

- Percebe-se também a grande importância dada ao diálogo, à orientação e à informação dada ao paciente, citado por sete pessoas. Salientam ainda a importância de ouvir as angústias e os receios do paciente.

- “... procuramos sempre comunicar o que vamos fazer, sempre que possível. Chamar o paciente pelo nome, ouvir suas queixas, ver se o paciente está com dor...”(2.3).
- “... o atendimento é bom, há diálogo. Ouvir quando ele chama, falar para o paciente o que vamos fazer, conversar bastante com ele...”(3.1).
- “... conversar com o paciente, ouvir, explicar onde ele está, explicar cada procedimento e o porquê, comunicar suas reações...”(4.1).
- “... diálogo é importante na relação do cuidado...”(6.6).
- “... diálogo, e escutá-lo dando informação ao paciente...”(7.4).
- “... diálogo com os pacientes...”(8.1).
- “... entender os gestos, e suas palavras...”(9.13).

- O cuidado deve ter como objetivo o paciente doente e não somente a doença do paciente. Tratar o paciente com respeito, humanidade, sabendo o que ele pensa, suas vontades e seus sonhos (06 pessoas).

- *“... cuidar com humanidade pois o paciente gosta de ser cuidado como um ser humano...”*(1.6).
- *“... ver ele como pessoa...”*(3.20).
- *“... tratá-lo como ser humano...”*(4.14).
- *“... Com amor ao que se faz e no ser humano como um todo...”*(6.16).
- *“... tratar como gente não como doente...”*(7.15).
- *“... dedicação como se fosse um familiar nosso...”*(8.13).

- O bom relacionamento e a atenção no cuidado foi citado por seis pessoas, dizendo ainda que este é o compromisso mínimo esperado do profissional na relação do cuidado.

- *“...atenção ao paciente e a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de tratar bem o paciente...”*(1.1).
- *“... muito bom, porém o cuidado é feito com muita atenção...”*(2.1).
- *“... com atenção...”*(3.11).
- *“... muita dedicação...”*(5.13).
- *“... cuidado com atenção...”*(6.8).
- *“... atenção e bom relacionamento...”*(7.5).

- O cuidado visto como postura responsável do profissional citado por cinco pessoas.

- *“... verificar sempre a medicação, a via certa e a dose certa, fazendo o cuidado sempre do horário...”*(2.6).
- *“...verificar sempre a medicação...”*(3.4).
- *“... responsabilidade...”*(5.5).
- *“... responsabilidade...”*(8.5).
- *“... vontade de vencer o sacrificio da doença...”*(9.11).

- O respeito ao paciente como atitude imprescindível no cuidado citado por quatro pessoas. Foi salientado também a importância de respeitar os limites de personalidade de cada paciente.

- "...respeitando acima de tudo..."(4.17).
- "... respeito..."(5.3).
- "... respeito..."(8.2).
- "... respeitando seus limites de personalidade..."(9.9).

- O carinho/reciprocidade/calma no cuidado facilitam a relação citado por nove pessoas.

- "... calma e carinho..."(1.2).
- "... carinho..."(2.14).
- "... carinho..."(3.12).
- "... Com carinho. Fazer com que ele se sinta compreendido..."(4.13).
- "... Com carinho..."(5.11).
- "... carinho..."(6.10).
- "... carinho..."(7.6).
- "... carinho..."(8.4).
- "... carinho e reciprocidade..."(9.2).

- Zelar pelo conforto e bem-estar do paciente, citado por cinco pessoas.

- "... seu bem estar..."(2.17).
- "... zelar pelo bem estar e conforto do paciente..."(3.15).
- "... confortável..."(5.15).
- "... na medida do possível é bom, se tem cuidado mais com o paciente nas suas necessidades..."(7.3).
- "... ajudando e procurando proporcionar conforto e tranquilidade..."(9.5).

Além disso foram citados:

- Ser prestativo/estar disponível.
- "... é ser prestativo..."(2.18.)
- "... ser prestativo..."(3.17).
- "... ter disponibilidade..."(7.9).

- Agilidade/segurança/eficiência no cuidado.
- “... *sentindo-se segura, atender o paciente com rapidez...*” (3.13).
- “... *eficiência e segurança...*” (5.1).
- “... *sentindo-se seguro...*” (2.15).
  - Passar confiança ao paciente.
- “... *passar confiança para ele...*” (1.15).
  - Satisfação pela profissão e em cuidar.
- “... *satisfação em cuidar o paciente e pela profissão escolhida...*” (6.20).
  - Cuidado visto como troca de emoções.
- “... *a troca de emoções é boa...*” (9.16).
  - Respeitar a dignidade do paciente.
- “... *tratar o doente com dignidade...*” (9.12).
  - Ter sentimentos (sensibilidade) ao cuidar.
- “... *compaixão e entender o sentimento de raiva pela doença...*” (9.1).
  - A importância do toque ao cuidar.
- “... *toque no paciente para se aproximar mais (toque sempre na testa e nos ombros)...*” (3.14).
- “... *toque...*” (6.5).
  - O cuidado como compromisso com a vida.
- “... *zelar pela saúde e a preservação da vida....*” (5.18).
- “... *englobando o todo e o ser humano debilitado como princípio da nossa existência...*” (6.21).
- “... *o cuidado é algo que engrandece as pessoas, tornando os seres humanos mais nobres...*” (9.17).
  - Reflexão sobre o cuidado sobre a profissão.
- “... *temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais...*” (9.24).
- “... *o não aceitar do paciente a crítica dos familiares...*” (7.10).
  - Ver o paciente como um todo.
- “... *atendendo as necessidades do paciente como um todo...*” (2.19).



- Participar e opinar sobre a assistência.
- “... *ter iniciativa e dar opiniões...*”(4.7).
- “... *completo ...*”(6.19).

### **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem negativas na prestação da assistência**

- A falta de ética no cuidado foi citada por cinco pessoas. Isto ocorre quando não há respeito ao paciente na sua privacidade, com o uso de vocabulário inadequado e quando se tem pena do paciente. Ele tem que ser tratado com dignidade.

- “... *falar palavras obscenas...*”(2.9).
- “... *usar vocabulário indiscreto...*”(3.8).
- “... *se referir ao paciente de forma inadequada, fazendo comentários inadequados para o paciente, faltando com ética...*”(5.7).
- “... *falta de ética, falta de respeito...*”(8.9).
- “... *pena...*”(9.3).

- Falta de diálogo como uma atitude negativa, não ocorrendo a aproximação e nem troca profissional/paciente.

- “... *chamar a sua atenção...*”(2.10).
- “... *chamar a atenção do paciente sem antes ouvi-lo...*”(3.9).
- “... *não ouvir o paciente, não informar o que está acontecendo...*”(4.8).
- “... *falta de diálogo com o paciente...*”(8.8).

- O mau humor, indiferença, má vontade segundo a equipe são as atitudes que mais prejudicam o cuidado. A indiferença aumenta pois a assistência em UTI é muito mecânica, valoriza muito a tecnologia, trata o paciente como objeto.

- “... *mau humor, indiferença, má atitude, desinteresse pelo ser humano...*”(1.7).
- “... *estar sempre de mau humor e reclamando de tudo...*”(4.11).
- “... *indiferença, frieza e mau humor...*”(6.11).

- Não gostar da profissão é um dos motivos que faz com que as pessoas fiquem de mau humor, má vontade e tratem as pessoas com indiferença.

- “... *e não gostar da profissão que exerce...*”(1.11).

Citado ainda:

- Ver somente a doença.
- “... *ver só a doença...*”(3.19).
- “... *ver somente como doente (doença), não como ser humano...*”(4.10).
  - Não ter preocupação com a família.
- “... *falta de compreensão com paciente e familiares...*”(5.10).
  - Falta de preparo e/ou maturidade para desempenhar a profissão.
- “... *falta ainda maturidade ao pessoal, o cuidado deve englobar o todo e o ser humano debilitado como princípio da nossa existência...*”(6.1).
  - Competitividade negativa.
- “... *compromisso com o paciente deve ser o mais humano possível...*”(6.17).
  - Falta de paciência ao cuidar.
- “... *e paciência com o paciente...*”(8.11).

### **Reflexão sobre a prática do cuidado solidário em UTI na perspectiva dos profissionais de enfermagem**

- Foi sugerido a discussão e orientação sobre ética e postura profissional, citado por seis pessoas. Nesta sugestão deve ser estudado, discutido e incorporado o compromisso que a enfermagem tem com a vida do paciente. Salientam também a importância na forma do diálogo e da orientação dada ao paciente. Às vezes é demonstrado ao paciente a insatisfação com a empresa ou com o grupo de trabalho do setor.

- “... *é urgente a equipe da UTI fazer uma reflexão crítica sobre a sua ética, relação com o paciente na UTI, para que possamos aperfeiçoar o cuidado...*”(1.19).
- “... *comentários de insatisfação...*”(2.8).
- “... *Fazer comentários na frente do paciente...*”(3.7).
- “... *quando sinto pena e me coloco no lugar dele e da família, quando o paciente não reage...*”(7.11).
- “... *temos o compromisso de auxiliá-lo durante o período em que se encontra enfermo. No meu ponto de vista depende do turno de trabalho, varia de bom a razoável...*”(8.14).

- Foi sugerido que sejam traçadas metas para a melhorar as relações entre as pessoas e aperfeiçoar o cuidado.

- “... *podemos nos reunir e traçar metas para melhorar a assistência em UTI...*”(5.20).

- Fazer uma reflexão sobre a solidariedade - (continuar o trabalho iniciado para manter a motivação do grupo).

- “... hoje o nosso trabalho é feito com mais responsabilidade...”(7.1).

- Repensar e encontrar estratégias para mudar a percepção que a sociedade tem da enfermagem como profissão.

- “... temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais...”(9.24).

- Melhorar o cuidado.

- “... acredito que o cuidado deva estar em constante evolução, é notória a melhora do setor com relação ao cuidado, mas ainda estamos a desejar mais, melhorar mais...”(6.22).

- “... segurança...”(7.2).

- “... as pessoas hoje tem mais bom senso e dedicação com os pacientes...”(8.17).

### **Influências dos fatores do ambiente de UTI na prestação do cuidado solidário**

- O cuidado automatizado é consequência da utilização da tecnologia do setor, onde muitos paciente estão sedados ou em coma, levando o profissional, até inconscientemente, a enfermagem a tratar o paciente como objeto.

- “... e não como um objeto...”(1.13).

- “... pois o trabalho do dia-a-dia nos leva a automatização...”(9.8).

- As normas rígidas do setor estão acima das pessoas muitas vezes.

- “... mas normalmente é bom, mas em alguns turnos deve melhorar desde que o paciente aceite as normas impostas pelo setor...”(6.4).

- Desentendimentos entre a equipe é percebido pelos pacientes.

- “... demonstrar descontentamento com a empresa ...”(8.7).

- A falta de material/equipamentos dificultam o cuidado.

- “... falta de material...”(3.10).

## Operação com as categorias iniciais

### O cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica:

A informação e a orientação dadas ao paciente são importantes para que ele se sinta mais seguro e confiante durante a assistência(seis pessoas). O diálogo e a informação proporcionam ao paciente/profissional aproximarem-se mais, dá segurança e facilita a reciprocidade. O diálogo e a informação facilitam a abertura, a convivência mais harmônica e a interação imprescindíveis no cuidado. É fundamental ao paciente ser informado, ser ouvido e entendido durante a assistência, esta atitude proporciona a sua autonomia e facilita as decisões sobre seu próprio corpo e sobre a sua vida.

- “... procuramos sempre comunicar o que vamos fazer, sempre que possível ouvir suas queixas...”(2.3).
- “... o atendimento é bom, há diálogo, ouvir quando ele chama, falar para o paciente o que vamos fazer, conversar bastante com ele...”(3.1).
- “... não ouvir o paciente...”(4.8).
- “... diálogo é importante na relação do cuidado....”(6.6).
- “... escutá-lo, dando informação e comunicando tudo ao paciente...”(7.14).
- “... diálogo com os pacientes...”(8.1).

Foram citados ainda:

- A importância do conhecimento ao cuidar.
- “... entender os gestos e as palavras...”(9.13).
  - Entender/perceber as reações do paciente.
- “... entender o sentimento de raiva pela doença...”
  - Estar atento durante a assistência prestada.
- “... cuidado com atenção...”(6.8).
- “... atenção...”(7.5).

### Cuidado solidário como valor social:

As relações sociais da atualidade tem um reflexo direto sobre a assistência aos pacientes na UTI, pois há uma busca muito grande para melhorar a qualidade de vida tanto do profissional como do paciente. Muitas vezes o profissional tem preocupações com a sua vida familiar e social, refletindo sobre o cuidado, normalmente, piorando as relações com as

peças. Nenhum ser humano consegue separar os seus problemas pessoais/sociais durante as atividades profissionais. Este assunto tem que ser tratado com naturalidade, para diminuir o impacto de dificuldades ou problemas individuais sobre a assistência prestada. Nas discussões com o grupo ficou bem clara esta situação.

- “... comentários de insatisfação...”(2.8).

Percebe-se também a influência das relações familiares e sociais dos acompanhantes(visitantes) dos pacientes na UTI. Nesta hora de dificuldade a equipe muitas vezes tenta orientar e ajudar as pessoas da família.

- “... falta de compreensão com paciente e familiares...”(5.10).

#### **Cuidado solidário como valor afetivo:**

- A atenção/carinho/ser prestativo no cuidar.

- “... atenção ao paciente, carinho...”(1.1).
- “... muito bom, porém o cuidado é feito com muita atenção chamando o paciente pelo nome, tratando com carinho e sendo prestativo...”(2.1).
- “... com atenção, carinho, sendo prestativo...”(3.11).
- “... com carinho...”(4.13).
- “... carinho...”(5.4).
- “... atenção, carinho...”(6.7).
- “... carinho...”(7.6).
- “... carinho...”(8.4).
- “... o paciente deve ser atendido com carinho...”(8.12).
- “... carinho, a troca de emoções é boa. O paciente tem que sentir-se amado...”(9.2).

- Ter calma e paciência.

- “... calma...”(1.2).
- “... é paciência com o paciente...”(8.11).

- Passar confiança e ter amizade.

- “... passar confiança...”(1.4).
- “... o paciente de ser mais severo, muitas vezes recuperando-se mais rápido porém não encontrou lá um profissional mas um amigo...”(4.18).

- Troca de sentimentos/reciprocidade no cuidado.

- “... a troca de emoções é boa...”(9.16).

### **O cuidado solidário como valor moral:**

A solidariedade humana foi citada por sete pessoas como sendo uma atitude necessária nos dias de hoje na prestação do cuidado. Ela dá uma conotação, um enfoque diferente ao cuidado. A solidariedade deve ser entendida e percebida no cuidar. Ela não está feita, deve ser construída a cada dia na relação com cada paciente, respeitando as diferenças, dando liberdade de escolha (possível) aos pacientes durante a assistência. A solidariedade é a troca de emoções/conhecimentos necessários no cuidado. Não basta o conhecimento técnico-científico e a destreza manual, há a necessidade de se desenvolver a preocupação com o sensível, com a intuição e com a afetividade no cuidado. O aspecto tecnológico é importante na assistência, mas o paciente procura mais do que simplesmente o procedimento, a técnica, o medicamento. Há necessidade de envolvimento, disponibilidade e reciprocidade. No cuidado a solidariedade humana é entendida como um valor, dando o verdadeiro sentido ao cuidado, pois valoriza sobremaneira a vida.

- “... solidariedade...”(1.3).
- “... solidariedade é zelar pelo conforto do paciente...”(2.16).
- “... solidariedade...”(5.6).
- “... solidariedade é um valor moral, pena que nem sempre é, a solidariedade é que traz sentido ao verdadeiro cuidado...”(6.9).
- “... solidariedade é ter atenção...”(7.16).
- “... particularmente sendo solidário, pois dessa forma se sentirá mais seguro...”(8.15).
- “... esta solidariedade deve ser estendida também aos familiares...”(9.20).

- Outro fator importante, salientado, foi a relação pessoa/pessoa, entendida como um valor do cuidado solidário.

- “... a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de tratar bem o paciente, com humanidade...”(1.14).
- “... vendo seu bem estar...”(2.17).
- “... ver ele como pessoa...”(3.20).
- “... não ver somente como doente (doença) e sim ver como ser humano...”(4.10).

- “... não se referir ao paciente de forma inadequada...”(5.7).
- “... compromisso com o paciente deve ser o mais humano possível...”(6.17).
- “... é algo que engrandece as pessoas, tornando os seres humanos mais nobres...”(9.17).
  - Citado ainda a ética no cuidado.
- “... falar palavras obscenas...”(2.9).
- “... chamar o paciente pelo nome, usando vocabulário indiscreto...”(3.2).
- “... respeito, comentários inadequados para o paciente, falta de ética e respeito...”(5.3).
- “... respeitando seus limites de personalidade, temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais...”(9.9).
  - Carinho e disponibilidade como atitudes e valores morais.
- “... com carinho...”(5.11).
- “... disponibilidade...”(7.9).
- “... carinho...”(8.4).
- “... compaixão, pena, tratar o doente com dignidade...”(9.1).
  - Não é ético e moral o cuidado prestado com indiferença e frieza.
- “... indiferença, frieza e mau humor...”(6.11).

### **O cuidado solidário como valor fisiológico**

- Foi mencionado a importância do cuidado solidário como valor fisiológico, pois é indispensável a preocupação com o bem estar físico, o conforto ao paciente, enfim, ajudar a suprir as necessidades do paciente.

- “... ver se o paciente está com dor, atendendo as necessidades do paciente como um todo...”(2.11).
- “... zelar pelo bem estar e conforto do paciente...”(3.15).
- “... confortável...”(5.15).
- “... com simplicidade...”(7.12).

- O toque também foi entendido como uma atitude afetiva, mas com cunho fisiológico, pois há o contato físico que pode aumentar a afetividade e estimular a sensibilidade do profissional e do paciente.

- “... toque do paciente para se aproximar mais (toque sempre na testa e nos ombros)...”(3.14).
- “... toque...”(6.5).
- “... procuram proporcionar conforto, tranquilidade e vontade de vencer o sacrifício da doença...”(9.10).

- Houve também a preocupação da equipe em perceber os sinais e sintomas que os pacientes apresentam durante a assistência.

- “... não ver só a doença ...”(3.19)

### **O cuidado solidário como valor organizativo**

Foi salientado pelo grupo o compromisso que o profissional tem com a organização na prestação de um cuidado responsável e com qualidade. Este cuidado, às vezes, não tem um resultado melhor por falta de equipamentos/materiais adequados à assistência.

Salientando também:

- A importância da responsabilidade, eficiência e segurança no trabalho.

- “... eficiência, segurança, responsabilidade e muita dedicação...”(5.1).
- “... hoje o nosso trabalho é feito com mais responsabilidade e segurança...”(7.1).
- “...responsabilidade e seriedade no que faz...”(8.5).

- Gostar da empresa e da profissão.

- A automatização do cuidado em UTI é consequência, muitas vezes, da rotinização do cuidado e de pouca reflexão do profissional. A rotinização do cuidado e as normas vigentes gradativamente levam à diminuição da criatividade do profissional e a sua alienação.

- “... e não como um objeto...”(1.13).
- “... pois o trabalho do dia-a-dia nos leva a automatização...”(9.8).



- A competitividade negativa e a busca desenfreada de resultados, muitas vezes leva ao desajuste nas relações do grupo, interferindo no cuidado prestado. A competitividade extrema é sem dúvida uma atitude que vai contra os princípios da solidariedade humana.

- “... *competitividade negativa...*” (6.13).

#### ***5.5.1 - Comparativo entre o cuidado do início da prática assistencial e após as discussões sobre o princípio da solidariedade no cuidado em UTI***

Ao analisar os dois instrumentos aplicados tive a pretensão de fazer um comparativo das mudanças de atitudes da enfermagem no cuidado prestado. Para oferecer uma oportunidade de avaliar as diferenças entre o “cuidado tradicional”, do início da prática assistencial e do “cuidado solidário” ao final do trabalho, apresentarei a seguir um sistema comparativo sobre estas duas formas de assistência vivenciadas na UTI com a mesma equipe de enfermagem.

## **CUIDADO "TRADICIONAL"**

- Automatismo - Cuidado impensado, repetitivo - sempre igual.
- Sem envolvimento.
- Atendimento superficial.
- Sem diálogo.
- Sem humanização.
- Faz-se o necessário.
- Preocupação com equipamentos/medicação.
- Sem paciência.
- Pouca atenção.
- Paciente visto de forma fragmentada - preocupação com a patologia.
- Mau humor.
- Cara fechada.
- Indiferença.
- Falta disponibilidade.
- Frio/distante.
- Pouca valorização da vida.
- Incoerente.
- Sem motivação para cuidar.
- Falta de preparo emocional do cuidador.
- Preocupação excessiva com burocracia.
- Compromisso meramente técnico.
- Não há preocupação com o emocional.
- Falta de profissionalismo.
- Barulho no setor atrapalha o atendimento.
- Paciente fica sozinho no box.
- A rotina do setor está acima do paciente.

## **CUIDADO "SOLIDÁRIO"**

- Reflexão crítica do profissional sobre sua postura.
- Envolvimento - co-responsabilidade - respeito à vontade do paciente.
- Diálogo vivido.
- Humanizado - respeito - dignidade - responsabilidade - sensibilidade - individualidade.
- Ir além do cuidado.
- Preocupação com o todo - familiares também.
- Paciência - respeitar as diferenças.
- Atenção - compaixão.
- Ver o paciente como um todo.
- Disponibilidade.
- Sorriso.
- Ouvir o paciente - empatia - toque segurar na mão do paciente/reciprocidade.
- Valorização da vida.
- Motivação/entusiasmo pelo ideal profissional escolhido.
- Acompanhamento/suporte ao profissional.
- Ver o paciente como um todo.
- Gostar da profissão/profissionalismo.
- Sentar ao lado do paciente.
- Dar autonomia dentro do possível ao paciente/dar opção ao paciente.
- Intuição.
- Solidariedade.
- Carinho/atenção.
- Conhecimento técnico/científico.
- Ética - não fazer comentários desnecessários.
- Orientar o paciente/aprender com ele/eles sabem muito sobre a vida.
- Manter privacidade.

- Não demonstrar insegurança.
- Aceitar críticas.
- Respeitar crenças/hábitos/costumes.
- Rapidez na resolução dos problemas.
- Destreza manual.
- Não se deter somente no lado profissional.
- Entusiasmo/alto astral/atitudes positivas.
- Saber que o paciente tem medo/insegurança.
- Entender a linguagem não verbal.
- Aprender no silêncio do paciente.
- Respeito à personalidade do paciente.
- Trabalho em equipe/equipe multiprofissional.
- Compartilhar sentimentos.
- Compromisso profissional.
- Colocar limites.
- Aceitar/entender sentimentos negativos do paciente.
- Troca de energia.
- Ser autêntico/sincero.
- Tolerância.
- Criatividade.
- Flexibilidade.
- Ver o cuidado como valor social:

## COMPARATIVO ENTRE O CUIDADO “TRADICIONAL” E O CUIDADO “SOLIDÁRIO”

Cuidado “Tradicional”	Cuidado “Solidário”
☞ Automatismo - Cuidado impensado	☞ Profissional com postura crítica e reflexiva
☞ Sem envolvimento	☞ Envolvimento, co-responsabilidade, respeito à vontade do paciente, solidariedade
☞ Atendimento superficial	☞ Atendimento centrado no ser humano
☞ Sem diálogo	☞ Com diálogo e participação
☞ Sem humanização	☞ Humanizado, responsável e sensível, com respeito a dignidade
☞ Faz-se o necessário	☞ Ir além do cuidado, preocupação com a sensibilidade
☞ Preocupação com equipamentos/medicação	☞ Preocupação com o todo, familiares também
☞ Sem paciência	☞ Paciente, com respeito às diferenças
☞ Pouca atenção	☞ Atenção, compaixão, carinho, interação
☞ Paciente fragmentado, preocupação somente com a patologia.	☞ Paciente visto como um todo, um ser de desejos, respeitado na sua privacidade e individualidade
☞ Mau humor	☞ Disponibilidade
☞ Cara fechada	☞ Sorriso, alegria pelo que se está fazendo
☞ Indiferença	☞ Empatia, toque, reciprocidade, ouvir o paciente e segurar sua mão
☞ Falta disponibilidade	☞ Há disponibilidade
☞ Atitude fria e distante	☞ Interação, troca, envolvimento
☞ Pouca valorização da vida	☞ Valorização da vida
☞ Incoerente face ao conceito de homem total.	☞ Prática coerente com a teoria, sendo reflexivo e pensado
☞ Sem motivação para cuidar	☞ Motivação e entusiasmo pelo ideal profissional
☞ Falta de preparo emocional do cuidador	☞ Acompanhamento, suporte ao profissional
☞ Preocupação excessiva com a burocracia	☞ Preocupa-se mais com o paciente e tornar o setor mais flexível
☞ Compromisso meramente técnico	☞ Compromisso com o ser humano
☞ Não há preocupação com o emocional	☞ Paciente respeitado em sua sensibilidade, seus sentimentos e sua intuição
☞ Falta de profissionalismo	☞ Profissionalismo, amor à profissão
☞ Barulho e agitação no setor	☞ Ruído controlado e orientação aos pacientes sobre alarmes dos equipamentos
☞ Paciente sozinho no box	☞ Cuidador senta ao lado do paciente
☞ Rotina do setor acima do paciente	☞ Paciente com autonomia e possibilidade de fazer opções
☞ Presença programada.	☞ Compromisso autêntico e espontâneo

### 5.5.2 - Análise do nível de satisfação e motivação para o cuidado no final da prática assistencial

Os dados coletados (anexo 2), sobre o nível de motivação (gráfico nº 1) com os 08 auxiliares de enfermagem e com a enfermeira do turno da tarde, no início do trabalho, apresentam o seguinte resultado: *insatisfação*: 22,22%; *satisfação regular*: 33,33%; *satisfação boa*: 22,22% e *satisfação ótima*: 22,22%.

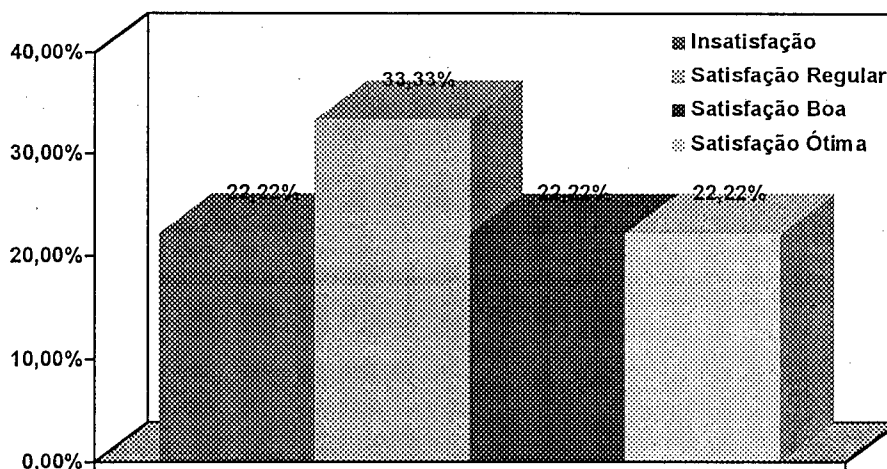


Gráfico 1 - Motivação para o trabalho em UTI no início da prática assistencial.

Na coleta de dados com os auxiliares de enfermagem da UTI, após o trabalho feito, 100% demonstraram estar motivados, dos 09 pesquisados, sendo que 07 em grau ótimo (77,77%) e 02 em bom (22,22%). (Ver gráfico n° 2.)

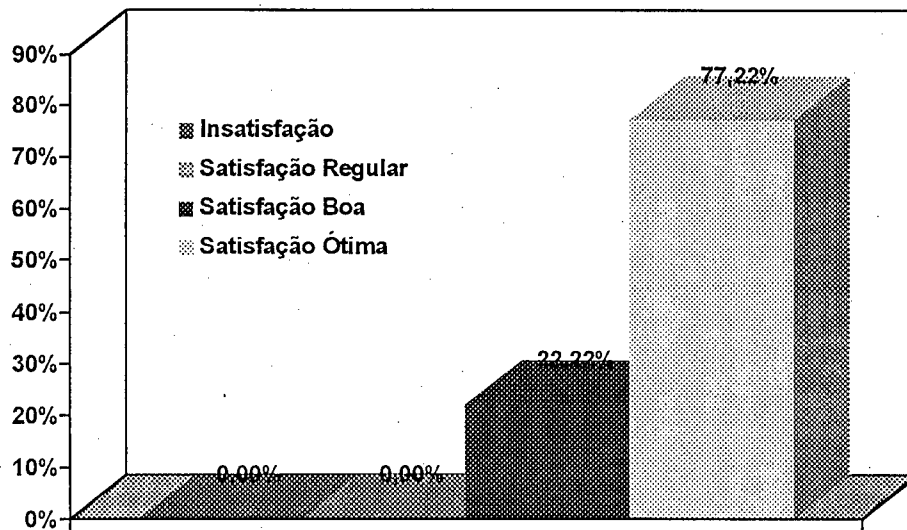


Gráfico 2 - Motivação para o trabalho em UTI ao final da prática assistencial.

Numa pesquisa de 1996, apresentavam *insatisfação* com o trabalho, 3%; *satisfação regular*, 24%; *boa*, 59%; e *ótima*, 14% das pessoas ouvidas. Houve uma melhora significativa, embora a época, as pessoas envolvidas, o momento, fossem outros. Percebe-se no entanto, que, com o trabalho efetuado de maneira sistemática e solicitando a participação de todos nas decisões, a motivação e o interesse pelas tarefas e as relações do grupo ficaram melhores. No anexo 3 em respostas à pergunta sobre a motivação hoje, aparecem dados que mostram o atual momento. Observa-se também a vontade da maioria: 08 pessoas (88,88%) querem *voltar a estudar* e somente 01 (11,11%) quer se *dedicar à educação dos filhos*. Os motivos do grau de satisfação e motivação para o trabalho foram: *gostar da profissão*, 44,44% (4); *sentir-se útil em ajudar o outro*, 11,11%(1); *cuidar de pessoas*, 22,22%(2); *o ideal escolhido*, 11,11%(1); a *união do grupo hoje*, 11,11%(1). (Ver gráfico nº 3.)

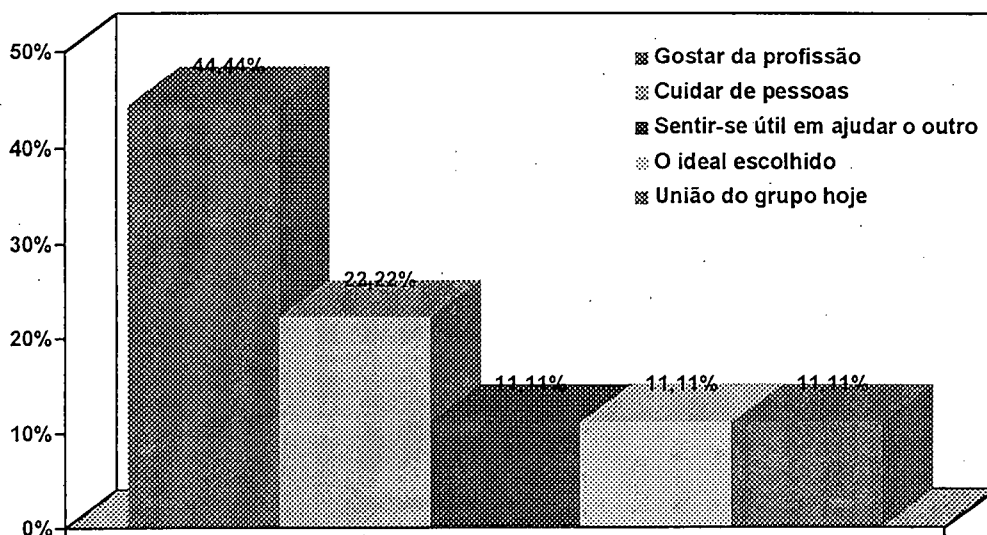


Gráfico 3 - Motivos de satisfação em trabalhar na UTI.



Segundo as respostas do questionário (anexo 2), (ver gráfico n° 4), o grupo sente que o trabalho da enfermagem é *feito com automatismo*. Cinco dos pesquisados tratam os pacientes como se todos estivessem em coma, (55,55%); 33,33% (03) referem *não ouvir e não dialogar com o paciente durante o cuidado*; e 22,22% (2) referem *tratar o paciente com indiferença, valorizando mais a tarefa*.

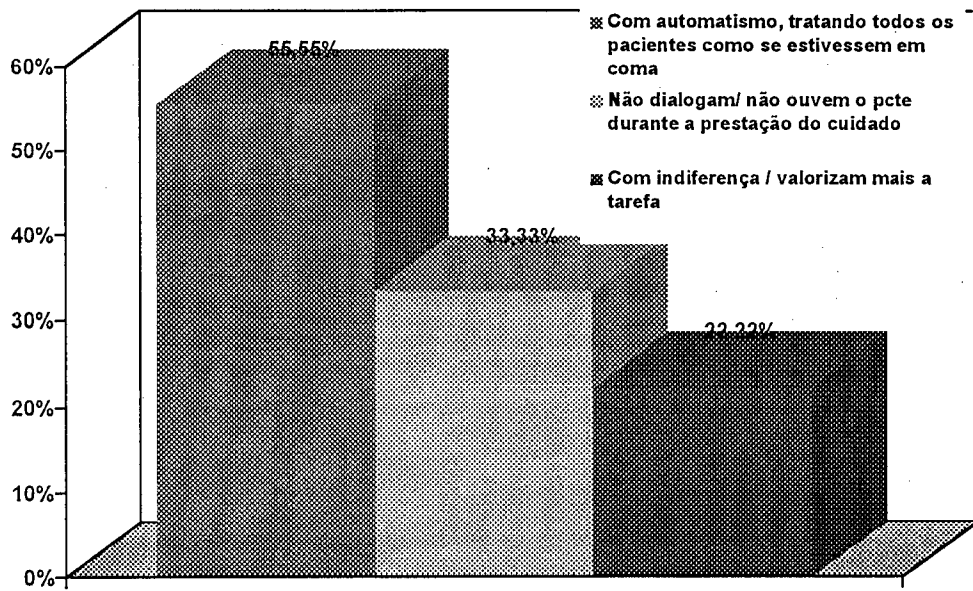


Gráfico 4 - Como o cuidado de enfermagem é praticado hoje - início da prática assistencial.

Marsden explica perfeitamente esta situação, (1991, pág. 412) quando afirma:

“Os pacientes são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos são isolados, alienados e despojados de sua dignidade”.

Complementando, Barbosa (1995, pág. 29) refere que

“procedimentos, pressões do tempo e concentração mecânica sobre as habilidades tendem a produzir uma atitude fria e rejeitadora em relação ao cliente...”.

Na relação do cuidado, a interação e o envolvimento são muito superficiais, de modo a tornarem o trabalho da enfermagem uma tarefa mecânica, destinado somente à resolução de problemas. Infere-se este entendimento por parte da equipe, porque 44,44% da população pesquisada (anexo 2) informa que *não há envolvimento deles com o paciente*, e que muitas vezes até esquecem que estão tratando de pessoas. Mesmo a proximidade física da enfermagem com o paciente não significa uma relação autêntica. Representa mais um contato humano, que uma relação inter-humana, com envolvimento e partilha de sentimentos. Em síntese não é um cuidado solidário.

Em relação às atitudes da enfermagem que dificultam a prestação do cuidado, as respostas ao questionário(anexo 2) confirmam: 33,33% *atendem o paciente por obrigação*; 22,22% *não vêem o paciente como um todo*; 22,22% *tratam-no com mau humor*; 11,11% *não ouvem, nem dialogam com o paciente*; e 11,11% *reconhecem sua pouca disponibilidade para com ele*.

Quanto à pergunta “Como você acha que o paciente gostaria de ser cuidado?” as respostas foram: *Com respeito/dignidade/carinho/atenção/ética*, 66,66%; *com conhecimento técnico e científico*, 11,11%; *com mais diálogo/capacidade de escutar o paciente*, 11,11%; e *como um ser humano pensante, com certa liberdade*, 11,11%.

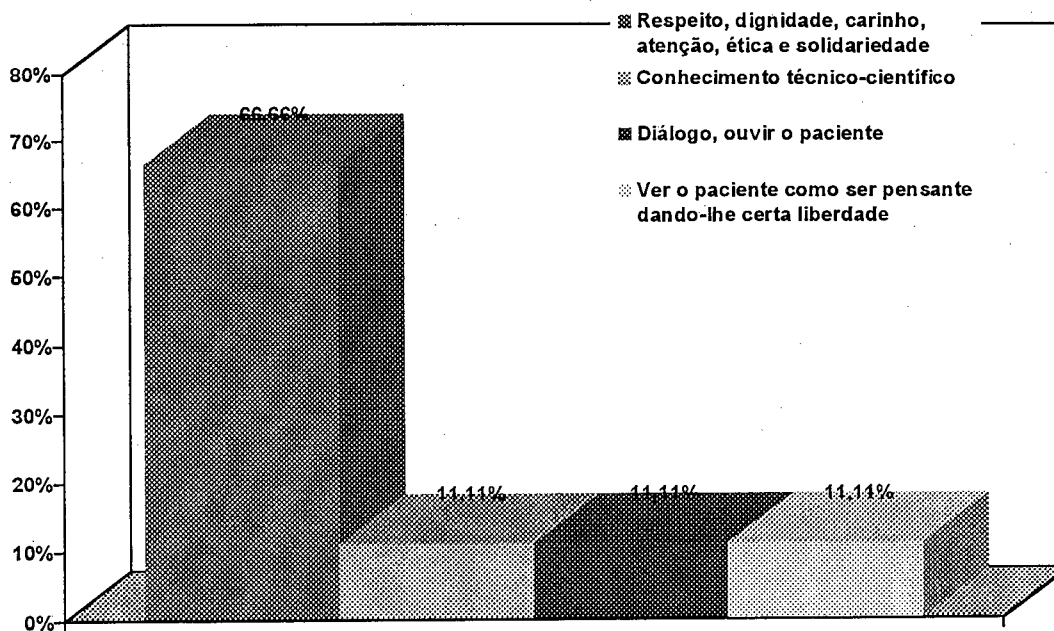


Gráfico 5 - Atitudes que facilitam o cuidado.

Em relação ao compromisso da enfermagem: 44,44% referem como sendo o *restabelecimento da saúde*; 22,22%, *a natureza ética do atendimento*; 11,11%, *do conforto e bem-estar ao paciente*; 11,11%; *o carinho, o respeito, a atenção e outros* 11,11%. (Ver gráfico nº 6.)

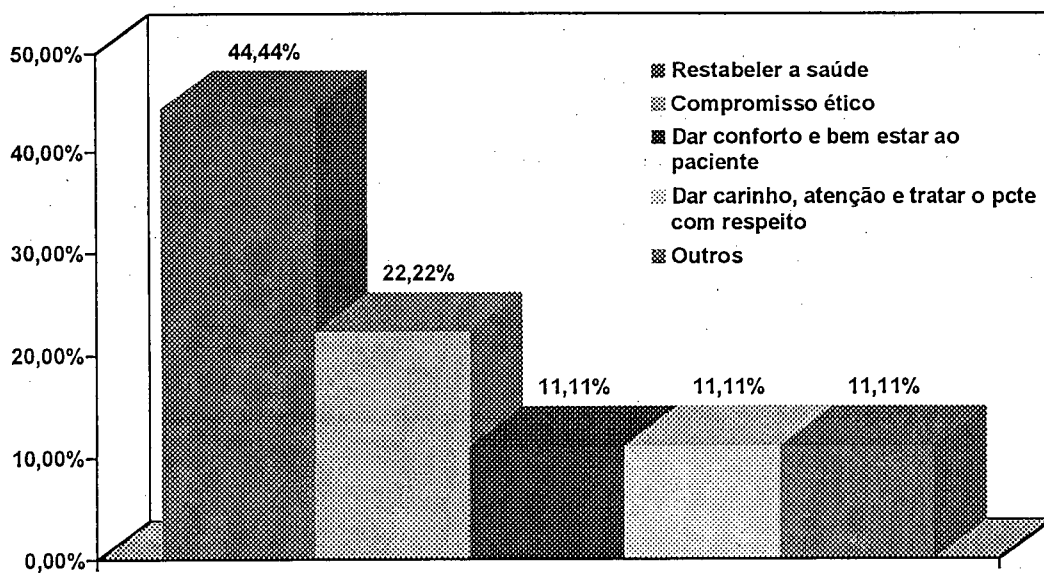


Gráfico 6 - O compromisso da enfermagem.

## **5.6 - Vivências de pacientes na UTI e seu entendimento sobre as atitudes de enfermagem no cuidado solidário**

Procurei fazer a mesma categorização do instrumento 1 nos depoimentos dos nove pacientes entrevistados(anexo 3) e acompanhados durante a sua internação na UTI. Busquei com isto ver qual a percepção que o paciente tem em relação às atitudes de enfermagem e seu entendimento sobre a solidariedade no cuidado em UTI. De posse dos dados fiz a categorização inicial dos temas principais, somente, que ficaram assim dispostos:

- O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas na prestação da assistência em UTI, na percepção dos pacientes.
- O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem negativas na prestação da assistência em UTI, na percepção dos pacientes.
- O cuidado solidário e as influências do ambiente de UTI sobre o paciente, na percepção dos pacientes.
- Reflexão sobre a prática do cuidado em UTI, na percepção dos pacientes.

A partir deste momento fiz as operações com as categorias iniciais reunidas em seis grupos, assim dispostas(na percepção dos pacientes):

- o cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica;
- o cuidado solidário como valor social;
- o cuidado solidário como valor afetivo;
- o cuidado solidário como valor moral;
- o cuidado solidário como valor fisiológico;
- o cuidado solidário como valor organizativo.

## CATEGORIAS INICIAIS

### **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas na prestação da assistência em UTI, na percepção dos pacientes**

#### - Dialogar com o paciente:

1.22 - *Conversa com a gente.*

3.18 - *Perguntar coisas da minha família e falando comigo sobre as minhas preocupações.*

4.13 - *Mas elas me entendiam, me deixavam tranqüila, me informam como eu estou e o que irão fazer, dão informações, conversam bastante. Estão sempre do lado da cama pedindo se preciso de alguma coisa.*

5.12 - *Falar como a gente está, informar o que acontece comigo. Gosto quando ela senta do meu lado e fica conversando, gosto de me sentir valorizada.*

8.8 - *Através da "verbalização" possível ele disse que estava mais tranqüilo.*

#### - Solidariedade no cuidado:

2.21 - *A solidariedade é ajudar o outro.*

3.27 - *A solidariedade é ficar junto comigo.*

4.27 - *A solidariedade é uma forma de desprendimento. Solidariedade é a preocupação comigo.*

5.28 - *A solidariedade é quando alguém me entende.*

6.27 - *A solidariedade é se entregar para o outro e confiar.*

7.8 - *A solidariedade foi terem me levado rezar na capela do hospital. Nunca vou me esquecer delas.*

9.11 - *Solidariedade é dar segurança para o doente.*

#### - Cuidado ao ser humano:

2.8 - *Gosto de ser atendido com humanidade.*

5.17 - *Preocupação com o outro. É ajudar o outro.*

6.30 - *As pessoas são boas.*

#### - Atenção/carinho/ajuda/disponibilidade/ser prestativa ao cuidar:

1.13 - *Me tratam bem. O que eu gosto é a atenção, sendo prestativa, me ajudando, é ficar ao lado prestando ajuda.*

2.9 - Com carinho e atenção. Se elas ficarem juntos com os doentes dá mais carinho e segurança.

3.9 - As moças são bastante dadas, prestativas. Eu gosto de ouvir a enfermeira se preocupar comigo, se interessar. Mas elas me cuidam bem, me ajudam. É dar atenção, carinho e sendo compreensiva.

4.8 - Mas estão me atendendo super bem, se preocupam comigo, são alegres. Estou muito bem cuidada, as enfermeiras são bem disponíveis, se preocupam comigo, me dão carinho. Dão atenção, cuidam.

5.6 - As enfermeiras são bastante prestativas tem carinho e sorriso, se preocupam comigo.

6.11 - São atenciosas.

7.7 - As enfermeiras me ajudam muito e me atendem bem.

-Estar presente/ao lado/presença:

1.10 - Sempre tem alguém nos olhando e cuidando. Ficam ao meu lado.

3.19 - Ficando perto, fico tranqüila.

4.9 - Ficam sempre ao meu lado, isto aproxima a gente.

5.11 - É muito importante elas estarem ao nosso lado (presença), é muito bom sentir-se protegida.

6.18 - Elas ficam sempre próximas da gente.

- Toque ao cuidar como forma de aproximação:

3.20 - Quando uma delas (equipe) me segurou a mão bem forte eu gostei.

4.19 - Passam a mão na minha cabeça e no ombro.

5.16 - O toque significa afeto.

6.20 - Colocando a mão na testa e no ombro. Isso ajuda, parece que diminui a dor.

8.3 - Gradativamente as pupilas dilataram. Houve neste momento, ficando ao lado e com o toque houve uma troca.

- Paciência ao cuidar:

1.11 - As gurias tem muita paciência.

- Habilidade técnica:

6.13 - É bom quando tem mão leve para pegar a veia e colher sangue.

- Conforto e bem-estar ao paciente:

4.11 - *Procuram me deixar bem confortável.*

6.10 - *As auxiliares fazem tudo por mim,*

- Quero melhorar:

5.13 - *Ajuda para que a gente possa melhorar.*

8.9 - *Quero melhorar.*

- Preocupação com a doença/com os sintomas:

1.2 - *Estou tendo novamente apetite.*

1.4 - *Já estou bem melhor, o fôlego está mais fácil.*

- Segurança ao prestar o cuidado:

2.23 - *Isto dá segurança.*

5.5 - *Às vezes tenho dores fortes. No início sofri, mas agora estou aceitando a doença.*

- Confiar em quem cuida:

4.6 - *Eu acredito nas auxiliares, enfermeiras e nos que estão me cuidando.*

6.28 - *Tenho confiança em quem cuida.*

- A religiosidade e o cuidado:

5.34 - *Gostaria que o meu filho trouxesse o terço.*

7.3 - *Foi bom ter ido rezar junto com as enfermeiras me ajudou bastante, fiquei mais tranqüila. Acho que rezando a gente tem mais esperança para melhorar logo.*

- Preocupação com outros pacientes:

4.30 - *Se preocupam com eles.*

5.10 - *Estou preocupada com a paciente do lado, tem câncer também?*

- Sentir-se valorizado ao receber o cuidado:

5.8 - *Mas eu não sou muito exigente.*

6.6 *Eu só valorizei a enfermagem agora.*

- Gostar da profissão:

4.20 - *Parecem mais satisfeitas por fazerem isso para mim.*

5.19 - *Gosto de me sentir valorizada.*

- Não tenho outra alternativa:

4.7 - *Não tenho ainda alternativa.*

### **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem negativas na prestação da assistência em UTI, na percepção dos pacientes**

- Má vontade/mau humor indiferença/cara fechada/grosseria/demora:

1.16 - *O que eu não gosto quando sou atendida é que a guria tenha mau humor, seja fechada ... cara fechada e me trate com grosseria.*

2.16 - *Fica só olhando, parece de mau humor e não se interessa se o doente está com dor.*

3.13 - *A demora do atendimento é ruim.*

4.23 - *Não gosto de mau humor e de cara fechada, e quando alguém não se interessa por mim.*

6.21 - *Não gosto de pessoas fechadas. As pessoas sisudas não deveriam trabalhar no hospital.*

- Falta de diálogo ao cuidar:

2.7 - *As pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. É ruim ser atendido por pessoa que não fala.*

3.15 - *Às vezes não dizem o que vão fazer na gente. Às vezes não dizem como a gente está e nem o que vão fazer na gente.*

6.22 - *Que falam pouco.*

9.13 - *Eu fechava os olhos e as pessoas achavam que eu estava dormindo. Mas eu escutava tudo.*

- Não ouvir o paciente:

2.19 - *Às vezes fazendo que não escutam a gente chamar.*

- Não gosto de toque:

2.20 - *Eu não gosto muito de pessoas que conversam e ficam passando a mão, Fica muito íntimo.*

- Não estar ao lado:



5.24 - *Não me deixar sozinha no quarto (box).*

6.23 - *Quando saem do nosso lado dá insegurança.*

- Falta de ética:

9.6 - *Diziam que a paciente do leito um estava piorando.*

- Preocupação com a família:

9.8 - *Ninguém me falava nada sobre o meu esposo que estava comigo no carro.*

- Não preocupar-se com as queixas/sinais e sintomas dos pacientes:

1.1 - *Tenho falta de ar.*

2.2 - *Por causa da cirurgia e deste curativo no nariz tenho que respirar pela boca. Ainda não tenho fome, só sede.*

3.1- *Estou bastante cansada, tenho bastante dor na barriga e na cirurgia, a bolsinha (colostomia) dá um mal estar, não consigo me movimentar e me virar de lado. Tenho tido vômitos e bastante ânsia. A tosse incomoda bastante, acho que tem que trocar o curativo parece que está molhado.*

4.1 - *Tenho a respiração curta, se respiro fundo dói.*

**O cuidado solidário e as influências do ambiente de UTI sobre o “paciente” na percepção dos pacientes**

- Aspectos relacionados a hotelaria e acomodações:

1.3 - *Gostei da comida servida aqui. A comida às vezes está um pouco fria.*

2.25 - *Gostaria de tomar banho no chuveiro.*

3.23 - *Estou com vontade de comer as comida que eu mesma faço.*

- Medo do setor:

1.6 - *Estou esperando para ver quando irei para o quarto e depois para casa. Já estive internada aqui, as “gurias” me cuidam bem. Não tenho mais medo de vir para a UTI, até que o lugar é bom.*

6.25 - *A UTI é onde as pessoas estão mal.*

9.14 - *Não gostei da UTI.*

- Barulho/luminosidade na UTI:

1.29 - *O barulho da UTI é muito. As luzes ficam acesas de noite sempre.*

2.5 - Não consigo dormir a noite pois tem muito barulho e o paciente do lado gritou bastante de noite.

3.14 - Não consigo dormir bastante conversas, gritos e as luzes ficam ligadas toda a noite.

6.31 - O barulho é grande, toca umas campainhas (alarmes) as pessoas correm. Tinha uma pessoa gritando do lado a noite inteira.

- Preocupação com a família/afastamento da família/amigos:

1.7 - Estou com saudades do meu netinho.

3.22 - O atendimento é bom, mas quero ir para minha casa. Fico muito sozinha sem a família. Falta muito para abrir para as visitas?

4.4 - Não consegui dormir estou preocupada com os filhos e o marido. Como é que eles estão? Se machucaram muito?

5.33 - Gostaria de falar com meu filho.

6.3 - Estou preocupado e nervoso por causa do meu trabalho e com os negócios, ganho comissão sobre as vendas.

7.1 - Gostaria de ver o filho (RN) e o marido, mas não tenho notícias.

9.9 - Ninguém vinha me visitar.

-Influência dos equipamentos sobre os pacientes:

1.5 - Talvez eu já possa retirar o oxigênio.

2.1 - Bem, já estou conseguindo respirar sem ajuda dos aparelhos.

4.12 - Aquele tubo na garganta era horrível, não conseguia falar. Nos primeiros dias elas se preocupavam muito com o aparelho (respirador) dava alarme e eu ficava assustada.

- Falta de diálogo/informação ao paciente/ética:

2.7 - As pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. Gosto de ser atendido com humanidade.

9.4 - Quando passavam o plantão eu ouvia que estava mal, eu sabia que era eu, mas graças a Deus estou melhor. estou no quarto. Não sabia o que tinha acontecido.

- Muitas atividades para serem feitas no setor:

1.24 - Mas elas tem muita coisa para fazer, sempre estão correndo de um lado para outro.

2.11 - *Às vezes elas ajudam no outro quarto (box). Tem muitos pacientes para atender.*

3.12 - *É que tem muita coisa pra fazer, cuidar de outros pacientes também.*

6.33 - *As pessoas não param, sempre estão fazendo coisas.*

- Atendimento na UTI é bom:

4.32 - *Estou muito bem cuidada, nunca pensei que a enfermagem daqui (Passo Fundo) fosse tão cuidadosa e tratasse tão bem os pacientes.*

5.9 - *O relacionamento é bom dão atenção, mesmo que não seja amigo ou conhecido.*

### **Reflexão sobre a prática do cuidado solidário em UTI, na percepção dos pacientes**

- Preocupação com a importância da orientação/diálogo:

1.14 - *Só poderiam conversar mais com a gente.*

2.10 - *Mas poderiam conversar mais comigo.*

- Sobre a ética no cuidado:

9.3 *Me chamaram por outro nome. Quando passavam o plantão eu ouvia que estava mal, que o pulmão piorou, isto me deixava insegura, não confiava em mais ninguém. Estava sozinha, abandonada.*

- Comparado com os outros hospitais:

4.33 - *Acho importante continuar assim.*

- Sendo cuidado por uma pessoa estranha:

6.35 - *Eu nunca pensei em ser cuidado por uma pessoa estranha.*

### **OPERAÇÕES COM CATEGORIAS INICIAIS**

#### **Cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica, na percepção do paciente**

- Atenção/responsabilidade no cuidado:

1.19 - *O que eu gosto é a atenção.*

3.32 - *E ser compreensiva.*

5.20 - *Quando se preocupam comigo.*

- Diálogo/orientação:

3.26 - *Às vezes não dizem como a gente está e nem o que vão fazer na gente.*

4.16 - *Me informam como eu estou e o que irão fazer, dão informações.*

5.14 - *Informar o que acontece comigo.*

6.19 - *Quando vão fazer as coisas na gente explicam e dão segurança.*

7.2 - *Mas não tenho notícias.*

8.8 *Através da “verbalização” possível ele disse que estava mais tranquilo.*

9.10 *Não sabia o que tinha acontecido. Foi bom que você veio falar comigo. Pude te contar tudo.*

- **Habilidade técnica no cuidado:**

6.13 - *É bom quando tem mão leve para pegar a veia e colher sangue.*

- **Percebendo a doença:**

5.13 - *Ajuda para que a gente possa melhorar. No início sofri, mas agora estou aceitando a doença.*

- **Percebendo a solidariedade:**

1.26 - *A solidariedade não sei bem o que é.*

### **Cuidado solidário como valor social, na percepção dos pacientes**

- **Socializando através do diálogo:**

1.14 - *Só poderiam conversar mais com a gente.*

2.7 - *As pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. É ruim ser atendido por pessoa que não fala.*

3.18 - *Perguntar coisas da minha família.*

4.10 - *Conversam bastante.*

- **Solidariedade:**

1.27 - *Acho que é ajudar o outro quando precisa, é ficar ao lado prestando ajuda.*

2.21 - *A solidariedade é ajudar o outro.*

3.28 - *Me ajudando.*

5.31 - *É ajudar o outro.*

- **Comparando o cuidado:**

4.32 - *Estou muito bem cuidada, nunca pensei que a enfermagem daqui (Passo Fundo) fosse tão cuidadosa e tratasse tão bem os pacientes. Acho importante continuar assim.*

5.9 - *O relacionamento é bom.*

- **Preocupação com o trabalho/negócios/família:**

2.12 - *E a gente fica sozinho.*

6.3 - *Estou preocupado e nervoso por causa do meu trabalho e com os negócios, mas estou vivo e isto é mais importante.*

7.10 - *Eu contei também coisas da minha vida.*

9.9 - *Ninguém vinha me visitar.*

**Cuidado solidário como valor afetivo, na percepção do paciente**

- **Carinho/atenção/disponibilidade/paciência ao cuidar:**

1.11 - *As gurias tem muita paciência me tratam bem são prestativas.*

2.9 - *Com carinho e atenção.*

3.9 - *As moças são bastante dadas, prestativas. Eu gosto de ouvir a enfermeira se preocupar comigo, se interessar, dando atenção e carinho.*

4.8 - *Mas estão me atendendo super bem, se preocupam comigo. Estou muito bem cuidada, as enfermeiras são bem disponíveis, alegres, se preocupam comigo, me dão carinho. Dão atenção, se preocupam com eles (pacientes).*

5.6 - *As enfermeiras são bastante prestativas. É muito bom sentir-se protegida. Tem carinho e sorriso.*

6.11 - *São atenciosas e se preocupam comigo, elas me cuidam com carinho. As pessoas são boas.*

7.12 - *Elas ficando junto com a gente é bom.*

- **Atendido como um ser humano:**

2.8 - *Gosto de ser atendido com humanidade.*

- **Preocupação com a família:**

2.6 - *E o paciente do lado gritou bastante de noite. Aonde está a minha esposa?*

3.22 - *O atendimento é bom, mas quero ir para minha casa.*

4.4 - *Não consegui dormir estou preocupada com os filhos e o marido. Como é que eles estão? Se machucaram muito?*

5.26 - *O meu filho que é médico fala tudo para mim.*

7.1 - *Gostaria de ver o filho (RN) e o marido. Meu marido disse que o nenê está bem.*

9.8 - *Ninguém me falava nada sobre o meu esposo que estava comigo no carro.*

- **Presença da enfermagem:**

2.22 - *É estar sempre ao seu lado na UTI.*

3.19 - *Ficando perto, fico tranqüila.*

4.9 - *Ficam sempre ao meu lado.*

5.15 - *Gosto quando ela senta do meu lado e fica conversando.*

6.18 - *Elas ficam sempre próximas da gente.*

7.9 - *Elas ficam sempre do meu lado.*

- **Toque no cuidado:**

3.20 - *Quando uma delas (equipe) me segurou a mão bem forte eu gostei.*

4.19 - *Passam a mão na minha cabeça e no ombro.*

5.16 - *O toque significa afeto.*

- **Solidariedade:**

3.27 - *A solidariedade é ficar junto comigo.*

4.31 - *Solidariedade é a preocupação comigo.*

5.28 - *A solidariedade é quando alguém me entende, mesmo que não seja amigo ou conhecido.*

6.27 - *A solidariedade é se entregar para o outro e confiar. É ter confiança em quem cuida. É estar a disposição quando a gente precisa.*

- **Diálogo no cuidado:**

5.21 - *Conversam.*

6.22 - *Que falam pouco.*

- **A falta de disponibilidade/carinho dificulta as relações do cuidado:**

1.17 - *Seja fechada ... cara fechada e me trate com grosseria.*

2.17 - *Parece de mau humor.*

4.24 - *Cara fechada.*

- Passar confiança ao cuidar:

6.17 - *Me dão confiança.*

- Gosto de me sentir valorizada:

5.19 - *Gosto de me sentir valorizada.*

### **Cuidado solidário como valor moral**

- A ética e o cuidado:

2.19 - *Às vezes fazendo que não escutam a gente chamar.*

9.3 - *Me chamaram por outro nome. Quando passavam o plantão eu ouvia que estava mal. Diziam que a paciente do leito um estava piorando e não falar perto dele que estava piorando.*

- O toque como atitude íntima:

2.20 - *Eu não gosto muito de pessoas que conversam e ficam passando a mão, Fica muito íntimo.*

- Solidariedade uma atitude moral:

4.27 - *A solidariedade é uma forma de desprendimento.*

7.8 - *A solidariedade foi terem me levado rezar na capela do hospital. Nunca vou me esquecer delas.*

- Valorizando a vida:

5.3 - *Não posso me queixar da vida. Apesar de tudo é bom viver.*

- Valorizando a enfermagem:

6.6 - *Eu só valorizei a enfermagem agora. Era uma profissão que não existia (não estou desprezando).*

### **Cuidado solidário como valor fisiológico, na percepção do paciente**

- Preocupação com a doença (sinais e sintomas) ajudando:

1.1 - *Tenho falta de ar. Estou tendo novamente apetite. Já estou bem melhor, o fôlego está mais fácil. Talvez eu já possa retirar o oxigênio.*

2.1 - *Bem, já estou conseguindo respirar sem ajuda dos aparelhos. Por causa da cirurgia e deste curativo no nariz tenho que respirar pela boca. Ainda não tenho fome, só sede. Estou melhorando, só estou com coceira nas costas.*

3.1 - *Estou bastante cansada, tenho bastante dor na barriga e na cirurgia, a bolsinha (colostomia) dá um mal estar, não consigo me movimentar e me virar de lado. Tenho tido vômitos e bastante ânsia. A tosse incomoda bastante. Acho que tem que trocar o curativo parece que está molhado.*

4.1 - *Tenho a respiração curta, se respiro fundo dói. Tive insônia esta noite, procuram me deixar bem confortável. Estão sempre do lado da cama pedindo se preciso de alguma coisa.*

5.1 -- *Faço quimioterapia e implantei marca-passo há 5 anos. Às vezes tenho dores fortes.*

6.1 - *Tenho bastante dificuldade de respirar, tenho esse negócio no nariz (tampão). As auxiliares fazem tudo por mim. Só vai demorar para tirar esse gesso, incomoda.*

8.3 - *Gradativamente as pupilas dilataram.*

- **Preocupações com equipamentos/instalações da UTI:**

2.25 - *Gostaria de tomar banho no chuveiro.*

3.8 - *As gurias estão olhando muito a minha pressão e este aparelho (monitor) será que piorei?*

4.12 - *Aquele tubo na garganta era horrível, não conseguia falar.*

- **Preocupação em melhorar:**

6.7 - *Nunca tinha precisado.*

8.9 - *Quero melhorar.*

- **Preocupação com os gastos da família/pagamento aluguel comida:**

6.4 - *Ganho comissão sobre as vendas.*

- **Preocupação com a comida servida na UTI:**

1.15 - *A comida às vezes está um pouco fria.*

3.23 - *Estou com vontade de comer a comida que eu mesma faço.*

**Cuidado solidário como valor organizativo, na percepção dos pacientes**



- Ambiente organizacional da UTI:

1.8 - *Já estive internada aqui, as "gurias" me cuidam bem. Não tenho mais medo de vir para a UTI, até que o lugar é bom. Mas elas tem muita coisa para fazer, sempre estão correndo de um lado para outro.*

2.13 - *Mas a gente entende. Tem muitos pacientes para atender.*

3.12 - *É que tem muita coisa pra fazer, cuidar de outros pacientes também.*

4.7 - *Não tenho ainda alternativa*

6.31 - *Não tenho queixas. O barulho é grande, toca umas campainhas (alarmes) as pessoas correm.*

9.14 - *Não gostei da UTI.*

- Não ficando ao lado do paciente gera insegurança e demora no atendimento:

1.23 - *E fique ao meu lado.*

2.11 - *Às vezes elas não ajudam no outro quarto (box).*

3.11 - *Mas algumas vezes demoram. A demora do atendimento é ruim.*

6.23 - *Quando saem do nosso lado dá insegurança. As pessoas não param, sempre estão fazendo coisas.*

9.15 - *Não confiava em mais ninguém.*

- Visitas na UTI:

3.21 - *Ela se preocupou comigo. Falta muito para abrir para as visitas?*

9.2 - *No primeiro dia que internei na UTI*

- Dependência de outros:

6.12 - *Eu não gosto de ser dependente, eu nunca pensei em ser cuidado por uma pessoa estranha.*

## **O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas na assistência em UTI**

- Os dados mostram a importância que os pacientes dão ao diálogo e às informações, que ajudam na relação do cuidado, proporciona uma maior tranquilidade e segurança (citado por cinco pacientes).

- ◆ *“... conversa com a gente...”(1.22).*
- ◆ *“... perguntar coisas da minha família e falando comigo sobre as minhas preocupações...”(3.18).*
- ◆ *“... mas elas me entendiam, me deixavam tranqüila, me informam como eu estou e o que irão fazer, dão informações, conversam bastante. Estão sempre do lado da cama pedindo se preciso de alguma coisa...”(4.13).*
- ◆ *“... falar como a gente está, informar o que acontece comigo. Gosto quando ela senta do meu lado e fica conversando, gosto de me sentir valorizada...”(5.12).*
- ◆ *“... através da “verbalização” possível ele disse que estava mais tranqüilo...”(8.8)*

- A solidariedade como forma de ajuda, entendimento e envolvimento com o paciente foi mencionado por sete pessoas. A solidariedade como atitude ou valor foi mencionado de diferentes formas, indo desde a confiança ao ser cuidado até a entrega total ao profissional. Foi citado também a religiosidade como forma de prestar solidariedade, proporciona segurança ao paciente. Esta atitude, segundo uma pessoa, fará com que jamais esqueça da equipe que a cuidou.

- ◆ *“... a solidariedade é ajudar o outro...”(2.21).*
- ◆ *“... a solidariedade é ficar junto comigo...”(3.27).*
- ◆ *“... a solidariedade é uma forma de despreendimento. Solidariedade é a preocupação comigo...”(4.27).*
- ◆ *“... a solidariedade é quando alguém me entende...”(5.28).*
- ◆ *“... a solidariedade é se entregar para o outro e confiar...”(6.27).*
- ◆ *“... a solidariedade foi terem me levado rezar na capela do hospital. Nunca vou me esquecer delas...”(7.8).*
- ◆ *“... solidariedade é dar segurança para o doente...”(9.11).*

- Os pacientes gostam de serem tratados como pessoas e não somente serem visualizadas a doença ou a disfunção orgânica que se apresenta.

- ◆ *“... gosto de ser atendido com humanidade...”(2.8).*

◆ *“... preocupação com o outro. É ajudar o outro...”(5.17).*

◆ *“... as pessoas são boas...”(6.30).*

- A atenção/carinho/disponibilidade para a ajuda foi citado por seis pessoas. Demonstrado que gostam quando alguém se preocupa com eles, quando os trata de maneira carinhosa, sendo compreendidos e ficando juntos com eles.

◆ *“... me tratam bem. O que eu gosto é a atenção, sendo prestativa, me ajudando, é ficar ao lado prestando ajuda...”(1.13).*

◆ *“...com carinho e atenção. Se elas ficarem juntos com os doentes dá mais carinho e segurança...”(2.9).*

◆ *“... as moças são bastante dadas, prestativas. Eu gosto de ouvir a enfermeira se preocupar comigo, se interessar. Mas elas me cuidam bem, me ajudam. É dar atenção, carinho e sendo compreensiva...”(3.9).*

◆ *“... mas estão me atendendo super bem, se preocupam comigo, são alegres. Estou muito bem cuidada, as enfermeiras são bem disponíveis, se preocupam comigo, me dão carinho. Dão atenção, cuidam...”(4.8).*

◆ *“... as enfermeiras são bastante prestativas tem carinho e sorriso, se preocupam comigo...”(5.6).*

◆ *“... são atenciosas...”(6.11).*

◆ *“... as enfermeiras me ajudam muito e me atendem bem...”(7.7).*

- Em relação à presença ativa da enfermagem foi salientado por cinco pessoas, que sentem-se protegidas e seguras, dando maior tranquilidade.

◆ *“... sempre tem alguém nos olhando e cuidando. Ficam ao meu lado...”(1.10).*

◆ *“... ficando perto, fico tranqüila...”(3.19).*

◆ *“... ficam sempre ao meu lado, isto aproxima a gente...”(4.9).*

◆ *“... é muito importante elas estarem ao nosso lado (presença), é muito bom sentir-se protegida...”(5.11).*

◆ *“... elas ficam sempre próximas da gente...”(6.18)*

- Em relação ao toque foi demonstrado que é uma atitude que aproxima, significa afeto, cordialidade e troca. Foi possível constatar em alguns encontros do cuidado que houve satisfação e envolvimento no cuidado, tanto do paciente como do profissional. Durante o toque, foi percebida a dilatação da pupila de um paciente e também da auxiliar de enfermagem. Isto demonstra o bem-estar e a reciprocidade no momento do toque. Estas

observações foram consequências das discussões feitas sobre a alteração da pupila(dilatação) em algumas situações, após o grupo ter assistido a fita da Enfª Maria Júlia Paes da Silva sobre a motivação para o cuidado.

- ◆ “... quando uma delas (equipe) me segurou a mão bem forte eu gostei...”(3.2).
- ◆ “... passam a mão na minha cabeça e no ombro...”(4.19).
- ◆ “... o toque significa afeto...”(5.16).
- ◆ “... colocando a mão na testa e no ombro. Isso ajuda, parece que diminui a dor...”(6.20).
- ◆ “... gradativamente as pupilas dilataram. Houve neste momento, ficando ao lado e com o toque houve uma troca...”(8.3).

- A paciência também foi citada como uma virtude a ser considerada pela enfermagem durante o cuidado.

- ◆ “... as gurias tem muita paciência...”(1.11).

Foram citados ainda:

- A importância da habilidade técnica.
- ◆ “... é bom quando tem mão leve para pegar a veia e colher sangue...”(6.13).
  - Conforto e bem-estar são importantes para o paciente.
- ◆ “... procuram me deixar bem confortável...”(4.11).
- ◆ “... as auxiliares fazem tudo por mim...”(6.10)
  - O paciente tem a preocupação com a doença e quer melhorar.
- ◆ “...ajuda para que a gente possa melhorar...”(5.13).
- ◆ “... quero melhorar...”(8.9).
  - Preocupação com os sinais e sintomas provocados pela doença.
- ◆ “... estou tendo novamente apetite...”(1.2).,
- ◆ “... já estou bem melhor, o fôlego está mais fácil...”(1.4).
  - Segurança ao prestar o cuidado.
- ◆ “... isto dá segurança...”(2.23).
- ◆ “... às vezes tenho dores fortes. No início sofri, mas agora estou aceitando a doença...”(5.5).
  - Confiança em quem cuida.
- ◆ “... eu acredito nas auxiliares, enfermeiras e nos que estão me cuidando ...”(4.6).
- ◆ “... tenho confiança em quem cuida...”(6.28).

- A religiosidade é fator importante a ser considerado durante a internação na UTI.
- ◆ “... gostaria que o meu filho trouxesse o terço...”(5.34).
- ◆ “... foi bom ter ido rezar junto com as enfermeiras me ajudou bastante, fiquei mais tranqüila. Acho que rezando a gente tem mais esperança para melhorar logo...”(7.3).
  - Preocupação com os pacientes do mesmo box.
- ◆ “... se preocupam com eles...”(4.30).
- ◆ “... estou preocupada com a paciente do lado, tem câncer também?...”(5.10).
  - Sentir-se valorizada durante a assistência.
- ◆ “... mas eu não sou muito exigente...”(5.8).
- ◆ “... eu só valorizei a enfermagem agora...”(6.6).
  - O profissional deve gostar da profissão.
- ◆ “... parecem mais satisfeitas por fazerem isso para mim...”(4.20).
- ◆ “... gosto de me sentir valorizada...”(5.19).
  - O paciente não tem outra alternativa.
- ◆ “... não tenho ainda alternativa...”(4.7)

### **O cuidado solidário e as atitudes negativas na prestação da assistência em UTI**

- Foi demonstrado por cinco pacientes que a má vontade, o mau humor, a indiferença e a cara fechada são atitudes rejeitadas pelos pacientes e que são um impecílio importante para o início da relação do cuidado. Não gostam de profissionais que não se preocupam com eles e que só ficam olhando, sem dizer ou fazer nada. A demora no atendimento também é um fator que preocupa os pacientes.

- ◆ “... o que eu não gosto quando sou atendida é que a guria tenha mau humor, seja fechada ... cara fechada e me trate com grosseria...”(1.16).
- ◆ “... fica só olhando, parece de mau humor e não se interessa se o doente está com dor...”(2.16).
- ◆ “... a demora do atendimento é ruim...”(3.13).
- ◆ “... não gosto de mau humor e de cara fechada, e quando alguém não se interessa por mim...”(4.23).
- ◆ “... não gosto de pessoas fechadas. As pessoas sisudas não deveriam trabalhar no hospital...”(6.21).

- A falta de diálogo, a conversa e a orientação foi fator citado várias vezes pelos pacientes. O não ouvir mostra a indiferença e a distância que o paciente sente em relação ao profissional.

- ◆ *“... as pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. É ruim ser atendido por pessoa que não fala...”*(2.7).
- ◆ *“... às vezes não dizem o que vão fazer na gente. Às vezes não dizem como a gente está e nem o que vão fazer na gente...”*(3.15).
- ◆ *“... que falam pouco...”*(6.22).
- ◆ *“.. eu fechava os olhos e as pessoas achavam que eu estava dormindo. Mas eu escutava tudo...”*(9.13).
- ◆ *“... às vezes fazendo que não escutam a gente chamar..”*(2.19).

- Um paciente salientou que não gosta do toque, pois acha muito íntimo.

- ◆ *“... eu não gosto muito de pessoas que conversam e ficam passando a mão, Fica muito íntimo...”*(2.20).

Citados ainda como atitudes negativas:

- Não estar ao lado(presença).
- ◆ *“... não me deixar sozinha no quarto (box)...”*(5.24).
- ◆ *“... quando saem do nosso lado dá insegurança...”*(6.23).
  - Falta de ética ao comentar coisas sobre o paciente.
- ◆ *“... diziam que a paciente do leito um estava piorando...”*(9.6).
  - A pouca informação e a não preocupação com a família.
- ◆ *“... ninguém me falava nada sobre o meu esposo que estava comigo no carro...”*(9.8)
  - Não preocupação com os sinais e sintomas relatados para a equipe.
- ◆ *“... tenho falta de ar...”*(1.1).
- ◆ *“... por causa da cirurgia e deste curativo no nariz tenho que respirar pela boca. Ainda não tenho fome, só sede...”*(2.2).
- ◆ *“... estou bastante cansada, tenho bastante dor na barriga e na cirurgia, a bolsinha (colostomia) dá um mal estar, não consigo me movimentar e me virar de lado. Tenho tido vômitos e bastante ânsia. A tosse incomoda bastante, acho que tem que trocar o curativo parece que está molhado...”*(3.1).
- ◆ *“... tenho a respiração curta, se respiro fundo dói...”*(4.1).

## O cuidado solidário e as influências do ambiente de UTI sobre os pacientes

- O item mais citado foi o do afastamento da família ao ser internado na UTI, além do pouco horário de visitas, citado por sete pacientes. A grande maioria quer logo sair da UTI e rever familiares, ficar no conforto de seu lar e comer os alimentos costumeiros.

- ◆ *“... estou com saudades do meu netinho...”(1.7).*
- ◆ *“... o atendimento é bom, mas quero ir para minha casa. Fico muito sozinha sem a família. Falta muito para abrir para as visitas?...”(3.22).*
- ◆ *“... não consegui dormir estou preocupada com os filhos e o marido. Como é que eles estão? Se machucaram muito?...”(4.4).*
- ◆ *“... gostaria de falar com meu filho...(5.33).*
- ◆ *“... estou preocupado e nervoso por causa do meu trabalho e com os negócios, ganho comissão sobre as vendas...”(6.3).*
- ◆ *“... gostaria de ver o filho (RN) e o marido, mas não tenho notícias...”(7.1).*
- ◆ *“... ninguém vinha me visitar...”(9.9).*

- O barulho e a iluminação foram citados como fatores muito prejudiciais ao paciente (04 pessoas). As conversas em voz alta, o barulho dos equipamentos, campainhas provocam inquietação e insegurança.

- ◆ *“... o barulho da UTI é muito. As luzes ficam acesas de noite sempre...”(1.29).*
- ◆ *“... não consigo dormir a noite pois tem muito barulho e o paciente do lado gritou bastante de noite...”(2.5).*
- ◆ *“... não consigo dormir bastante conversas, gritos e as luzes ficam ligadas toda a noite...”(3.14).*
- ◆ *“... o barulho é grande, toca umas campainhas (alarmes) as pessoas correm. Tinha uma pessoa gritando do lado a noite inteira...”(6.31).*

- O medo da UTI também é um fator limitante e altera muito as relações no cuidado.

- ◆ *“... estou esperando para ver quando irei para o quarto e depois para casa. Já estive internada aqui, as “gurias” me cuidam bem. Não tenho mais medo de vir para a UTI, até que o lugar é bom...”(1.6).*
- ◆ *“... a UTI é onde as pessoas estão mal...”(6.25).*
- ◆ *“... não gostei da UTI...”(9.14).*

Foi citado ainda:

- A influência dos equipamentos sobre os pacientes.

- ◆ “... talvez eu já possa retirar o oxigênio...”(1.5).
- ◆ “... bem, já estou conseguindo respirar sem ajuda dos aparelhos...”(2.1).
- “... aquele tubo na garganta era horrível, não conseguia falar. Nos primeiros dias elas se preocupavam muito com o aparelho (respirador) dava alarme e eu ficava assustada...”(4.12).
  - Falta de diálogo com a equipe(falta de informações sobre o setor).
- ◆ “... as pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. Gosto de ser atendido com humanidade...”(2.7).
- ◆ “... quando passavam o plantão eu ouvia que estava mal, eu sabia que era eu, mas graças a Deus estou melhor. estou no quarto. Não sabia o que tinha acontecido...”(9.4).
  - Muitas atividades dos profissionais, muitas vezes deixam o paciente em segundo plano.
- ◆ “... mas elas tem muita coisa para fazer, sempre estão correndo de um lado para outro...”(1.24).
- ◆ “... às vezes elas ajudam no outro quarto (box). Tem muitos pacientes para atender...”(2.11).
- ◆ “... é que tem muita coisa pra fazer, cuidar de outros pacientes também...”(3.12).
- ◆ “... as pessoas não param, sempre estão fazendo coisas...”(6.33).
  - O atendimento é bom.
- ◆ “... estou muito bem cuidada, nunca pensei que a enfermagem daqui (Passo Fundo) fosse tão cuidadosa e tratasse tão bem os pacientes...”(4.32).
- ◆ “... o relacionamento é bom dão atenção, mesmo que não seja amigo ou conhecido...”(5.9).

### **Reflexão sobre a prática do cuidado solidário na UTI**

- Refletir mais sobre a importância e a valorização do diálogo e da informação.
- ◆ “... só poderiam conversar mais com a gente...”(1.14).
- ◆ “... mas poderiam conversar mais comigo...”(2.10).
- Ética no cuidado.
- ◆ “... me chamaram por outro nome. Quando passavam o plantão eu ouvia que estava mal, que o pulmão piorou, isto me deixava insegura, não confiava em mais ninguém. Estava sozinha, abandonada...”(9.3).



- Comparação entre o atendimentos dos hospitais.

◆ “... acho importante continuar assim...”(4.33).

- Sendo cuidado por uma pessoa estranha.

◆ “... eu nunca pensei em ser cuidado por uma pessoa estranha...”(6.35).

### **Operações com as categorias iniciais na percepção dos pacientes**

#### **O cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica**

- A atenção (estar atento) e a responsabilidade que o profissional tem ao cuidar.

◆ “... o que eu gosto é a atenção...”(1.19).

◆ “... e ser compreensiva ...”(3.32).

◆ “... quando se preocupam comigo...”(5.20).

- O diálogo e a informação são atitudes desejadas na assistência.

◆ “... às vezes não dizem como a gente está e nem o que vão fazer na gente...”(3.26).

◆ “... me informam como eu estou e o que irão fazer, dão informações...”(4.16).

◆ “... informar o que acontece comigo...”(5.14).

◆ “... quando vão fazer as coisas na gente explicam e dão segurança...”(6.19).

◆ “...mas não tenho notícias...”(7.2).

◆ “... através da “verbalização” possível ele disse que estava mais tranquilo...”(8.8).

◆ “... não sabia o que tinha acontecido. Foi bom que você veio falar comigo. Pude te contar tudo...”(9.10).

- A habilidade técnica foi citada somente por uma pessoa.

◆ “... é bom quando tem mão leve para pegar a veia e colher sangue...”(6.13).

- A percepção da doença e a sua gravidade.

◆ “... ajuda para que a gente possa melhorar. No início sofri, mas agora estou aceitando a doença...”(5.13).

- A solidariedade como percepção.

◆ “... a solidariedade não sei bem o que é...”(1.26).

#### **O cuidado solidário como valor social**

- Foi demonstrado o valor do diálogo como forma de socialização de problemas sociais, pessoais ou familiares. Esta atitude ajuda diminuir o stress e a preocupação com a família dos pacientes(04 pessoas).

- ◆ “... só poderiam conversar mais com a gente...”(1.14).
- ◆ “... As pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. É ruim ser atendido por pessoa que não fala...”(2.7).
- ◆ “... perguntar coisas da minha família...”(3.18).
- ◆ “... conversam bastante...”(4.10).

- A solidariedade como valor social importante para o resgate e a valorização do ser humano.

- ◆ “... acho que é ajudar o outro quando precisa, é ficar ao lado prestando ajuda...”(1.27).
- ◆ “... a solidariedade é ajudar o outro...”(2.21).
- ◆ “... me ajudando...”(3.28).
- ◆ “... é ajudar o outro...”(5.31).

- A comparação com outras instituições mostrou a importância do cuidado prestado pelos hospitais como valor social e o que quer a população.

- ◆ - “... estou muito bem cuidada, nunca pensei que a enfermagem daqui (Passo Fundo) fosse tão cuidadosa e tratasse tão bem os pacientes. Acho importante continuar assim...”(4.32).
- ◆ “... o relacionamento é bom ...”(5.9).

- Há a preocupação com a internação na UTI e a mudança radical que o paciente sofre em relação à família, o emprego e à própria sobrevivência.

- ◆ “... e a gente fica sozinho...”(2.12).
- ◆ “... estou preocupado e nervoso por causa do meu trabalho e com os negócios, mas estou vivo e isto é mais importante...”(6.3).
- ◆ “... eu contei também coisas da minha vida...”(7.10).
- ◆ “... ninguém vinha me visitar...”(9.9).

- A preocupação demonstrada por uma pessoa em relação aos pacientes internados no mesmo box, mostra a solidariedade durante a doença.

- ◆ “... tinha uma pessoa gritando do lado a noite inteira...”(6.34).

## **O cuidado solidário como valor afetivo**

- Este aspecto foi O mais salientado por todos os envolvidos no estudo mostra que o ser humano é afetivo mais do que qualquer outra “coisa”. salientado por sete pessoas a importância da atenção, carinho, disponibilidade e paciência que o profissional deve ter ao cuidar. Estas atitudes são as mais esperadas pelos pacientes durante a assistência. Gostam de ser tratados como pessoas e não somente como doentes.

- ◆ “... as gurias tem muita paciência me tratam bem são prestativas...”(1.11)
- ◆ “... com carinho e atenção...(2.9).
- ◆ “... as moças são bastante dadas, prestativas. Eu gosto de ouvir a enfermeira se preocupar comigo, se interessar, dando atenção e carinho...”(3.9).
- ◆ “... mas estão me atendendo super bem, se preocupam comigo. Estou muito bem cuidada, as enfermeiras são bem disponíveis, alegres, se preocupam comigo, me dão carinho. Dão atenção, se preocupam com eles (pacientes)...”(4.8).
- ◆ “... as enfermeiras são bastante prestativas. É muito bom sentir-se protegida. Tem carinho e sorriso...”(5.6).
- ◆ “... são atenciosas e se preocupam comigo, elas me cuidam com carinho. As pessoas são boas...(6.11).
- ◆ “... elas ficando junto com a gente é bom...”(7.12).

- Há uma preocupação do paciente em relação à família. Este distanciamento imposto pela doença. Há pouca informação e o horário restrito à visita faz com que os pacientes se sintam sozinhos e abandonados. É importante repensar a UTI como estrutura muito fechada, muito rígida em suas normas e nas suas rotinas. Há necessidade de maior flexibilidade nas decisões e nas normas impostas ao paciente. Não se está pregando uma liberação geral, que sejam abolidas todas as normas e rotinas, mas que os profissionais repensem sua postura, sendo mais flexíveis no tratamento com pacientes e familiares.

- ◆ “... e o paciente do lado gritou bastante de noite. Aonde está a minha esposa?...”(2.6).
- ◆ “... o atendimento é bom, mas quero ir para minha casa...”(3.22).
- ◆ “... não consegui dormir estou preocupada com os filhos e o marido. Como é que eles estão? Se machucaram muito? ...”(4.4).
- ◆ “... o meu filho que é médico fala tudo para mim...”(5.26).
- ◆ “... gostaria de ver o filho (RN) e o marido. Meu marido disse que o nenê está bem...”(7.1).
- ◆ “... ninguém me falava nada sobre o meu esposo que estava comigo no carro...”(9.8).

- A presença da enfermagem ao lado do paciente é desejada por seis pacientes. Ela dá segurança, tranquilidade e aproxima as pessoas.

- ◆ *“... e estar sempre ao seu lado na UTI...”*(2.22).
- ◆ *“... ficando perto, fico tranqüila...”*(3.19).
- ◆ *“... ficam sempre ao meu lado...”*(4.9).
- ◆ *“... gosto quando ela senta do meu lado e fica conversando...”*(5.15).
- ◆ *“... elas ficam sempre próximas da gente...”*(6.18).
- ◆ *“... elas ficam sempre do meu lado...”*(7.9).

- O toque, foi demonstrado pelos pacientes, que é uma forma de aproximação, de valorização e de afeto. Somente uma pessoa ressaltou que não gosta, pois acha muito íntimo.

- ◆ *“... quando uma delas (equipe) me segurou a mão bem forte eu gostei...”*(3.20).
- ◆ *“... passam a mão na minha cabeça e no ombro...”*(4.19).
- ◆ *“... o toque significa afeto...”*(5.16).

- A solidariedade foi mencionada como um valor afetivo. É sinal de entendimento, estar junto é preocupar-se com o outro.

- ◆ *“... a solidariedade é ficar junto comigo...”*(3.27).
- ◆ *“... solidariedade é a preocupação comigo...”*(4.31).
- ◆ *“... a solidariedade é quando alguém me entende, mesmo que não seja amigo ou conhecido...”*(5.28)
- ◆ *“... a solidariedade é se entregar para o outro e confiar. É ter confiança em quem cuida. É estar a disposição quando a gente precisa...”*(6.27).

Citado ainda:

- O diálogo como afetividade.
- ◆ *“... conversam ...”*(5.21).
- ◆ *“... que falam pouco...”*(6.22).
- Passar confiança.
- ◆ *“... me dão confiança...”*(6.17).
- A falta de disponibilidade e de carinho dificultam a relação do cuidado.
- ◆ *“... seja fechada ... cara fechada e me trate com grosseria...”*(1.17)
- ◆ *“... parece de mau humor...”*(2.17)
- ◆ *“... cara fechada...”*(4.24).
- A necessidade de sentir-se valorizado.

- ◆ *“... gosto de me sentir valorizada...”(5.19)*

### **O cuidado solidário como valor moral**

- Foi salientado o aspecto ético no cuidado. Muitas vezes o profissional faz que não ouve ou fala coisas, na passagem de plantão, que o paciente não precisaria ouvir.

- ◆ *“... às vezes fazendo que não escutam a gente chamar ...”(2.19).*
- ◆ *“... me chamaram por outro nome. Quando passavam o plantão eu ouvia que estava mal. Diziam que a paciente do leito um estava piorando e não falar perto dele que estava piorando...”(9.3).*

- O toque pode ser entendido como um contato muito íntimo. Às vezes pode dificultar o cuidado. A enfermagem deve pensar também no lado negativo do toque.

- ◆ *“... eu não gosto muito de pessoas que conversam e ficam passando a mão, Fica muito íntimo...”(2.20).*

- Foi destacado que a solidariedade é uma forma de desprendimento e de aproximação humano no cuidado que é relacional.

- ◆ *“... a solidariedade é uma forma de desprendimento...”(4.27).*
- ◆ *“... a solidariedade foi terem me levado rezar na capela do hospital. Nunca vou me esquecer delas...”(7.8).*

- Destacada a importância e o valor da vida, pois é bom viver, apesar dos problemas de saúde. Vários pacientes mencionaram que querem melhorar o mais rápido possível.

- ◆ *“... não posso me queixar da vida. Apesar de tudo é bom viver...”(5.3).*

- O cuidado de enfermagem e a profissão era desconhecida e não tinha utilidade na visão de um paciente. Ao ser internado na UTI percebeu a sua importância do cuidado. Destacou ter sido bem cuidado e com certeza levará uma imagem boa dos profissionais. Mudou o seu modo de pensar e provavelmente incorporou o cuidado como um valor para a sua vida. Este é um aspecto que ser ressaltado e refletido pelos profissionais da enfermagem, pois será através de um cuidado com qualidade, sensível, com envolvimento que serão reconhecidos pela sociedade.

- ◆ *“... eu só valorizei a enfermagem agora. Era uma profissão que não existia (não estou desprezando)...”(6.6).*

## O cuidado solidário como valor fisiológico

- A preocupação com a doença, com os sinais e sintomas dos pacientes é o que a enfermagem deve preocupar-se, e atuar o mais rápido possível. Sete pacientes mencionaram a sua preocupação com estes fatores. Esperam que a enfermagem os ajude a amenizar o sofrimento causado pela doença. “... *tenho falta de ar. Estou tendo novamente apetite. Já estou bem melhor, o fôlego está mais fácil. Talvez eu já possa retirar o oxigênio...*”(1.1).

◆ “... *bem, já estou conseguindo respirar sem ajuda dos aparelhos. Por causa da cirurgia e deste curativo no nariz tenho que respirar pela boca. Ainda não tenho fome, só sede. Estou melhorando, só estou com coceira nas costas...*”(2.1).

◆ “... *estou bastante cansada, tenho bastante dor na barriga e na cirurgia, a bolsinha (colostomia) dá um mal estar, não consigo me movimentar e me virar de lado. Tenho tido vômitos e bastante ânsia. A tosse incomoda bastante. Acho que tem que trocar o curativo parece que está molhado...*”(3.1).

◆ “... *tenho a respiração curta, se respiro fundo dói. Tive insônia esta noite, procuram me deixar bem confortável. Estão sempre do lado da cama pedindo se preciso de alguma coisa...*”(4.1).

◆ “... *faço quimioterapia e implantei marca-passo há 5 anos. Às vezes tenho dores fortes...*”(5.1).

◆ “... *tenho bastante dificuldade de respirar, tenho esse negócio no nariz (tampão)...*” As auxiliares fazem tudo por mim. Só vai demorar para tirar esse gesso, incomoda...(6.1).

◆ “... *gradativamente as pupilas dilataram...*”(8.3)

- Relatado por três pessoas a preocupação e a angústia na utilização de equipamentos especiais. Este aparato provoca angústia e medo, pois ao soar um alarme eles não tem idéia do que está acontecendo. Acham que pioraram as suas condições de saúde.

◆ “... *gostaria de tomar banho no chuveiro...*”(2.25).

◆ “... *as gurias estão olhando muito a minha pressão e este aparelho (monitor) será que piorei?...*”(3.8).

◆ “... *aquele tubo na garganta era horrível, não conseguia falar...*”(4.12).

Citaram ainda:

• Preocupação e desejo em melhorar.

◆ “... *nunca tinha precisado...*”(6.7).

◆ “... *quero melhorar...*”(8.9).

- Preocupação com os gastos e com o pagamento de suas contas.
- ◆ “... ganho comissão sobre as vendas...”(6.4).
- Preocupação com a comida servida.
- ◆ “... a comida às vezes está um pouco fria...”(1.15).
- ◆ “... estou com vontade de comer as comida que eu mesma faço...”(3.23).

### **O cuidado solidário como valor organizativo**

- Neste agrupamento ficou bastante nítido a preocupação que a pessoa doente tem em relação ao ambiente da UTI, com a dinâmica do setor, onde ocorrem bastante intercorrências e a equipe tem que ser ágil e “correr” muito. O barulho do setor foi um fator muito citado por todos, pois não conseguem dormir ou descansar. Isto mostra aos profissionais que deve haver a preocupação com os ruídos do setor, estes fatores levam ao estresse dos pacientes e dos profissionais.

- ◆ “... já estive internada aqui, as “gurias” me cuidam bem. Não tenho mais medo de vir para a UTI, até que o lugar é bom. Mas elas tem muita coisa para fazer, sempre estão correndo de um lado para outro...”(1.8).
- ◆ “... mas a gente entende. Tem muitos pacientes para atender...”(2.13).
- ◆ “... é que tem muita coisa pra fazer, cuidar de outros pacientes também...”(3.12).
- ◆ “... não tenho ainda alternativa ...”(4.7).
- ◆ “... não tenho queixas. O barulho é grande, toca umas campainhas (alarmes) as pessoas correm...(6.31).
- ◆ “... Não gostei da UTI ...”(9.14).

- A preocupação em receber visitas e o pouco tempo que os familiares podem ficar na UTI. Este é outro ponto a ser discutido com os profissionais para que haja uma maior flexibilidade nos horários de visitas ou de encontrar outras alternativas para este “abandono” que os pacientes sentem ao internarem na UTI.

- ◆ “... ela se preocupou comigo. Falta muito para abrir para as visitas?...”(3.21).
- ◆ “... no primeiro dia que internei na UTI ...”(9.2).

- A não presença da enfermagem deixa o paciente inseguro.

- ◆ “... e fique ao meu lado...”(1.23).
- ◆ “... às vezes elas ajudam no outro quarto (box)...”(2.11).
- ◆ “... mas algumas vezes demoram. A demora do atendimento é ruim...”(3.11).

◆ “... quando saem do nosso lado dá insegurança. As pessoas não param, sempre estão fazendo coisas...”(6.23).

◆ “...não confiava em mais ninguém...”(9.15).

- Dependência de outros e do atendimento hospitalar.

“... eu não gosto de ser dependente, eu nunca pensei em ser cuidado por uma pessoa estranha...”(6.12).



**5.6.1 - Comparativo entre o que os pacientes de UTI esperam da enfermagem e o que a enfermagem relata ignorar, muitas vezes, no cuidado**

O que os pacientes esperam do cuidado da enfermagem	Atitudes que a equipe relata serem ignoradas no cuidado
☞ Diálogo e informação, serem ouvidos	☞ Falta diálogo, orientação e informação ao paciente
☞ Atenção, carinho, disponibilidade	☞ Falta dar maior atenção, mais carinho ser mais disponível, preocupar-se um pouco mais com o ser humano
☞ Religiosidade	☞ A enfermagem esquece a religiosidade como valor, considerando mais importante as tarefas e atividades
☞ Pode confiar em quem está cuidando deles	☞ A enfermagem tem que repensar o ato da entrega e merecer a confiança do paciente
☞ Pouca importância a habilidade técnica	☞ Ênfase na técnica, no procedimento, na doença
☞ Ser tratados e valorizados como seres humanos	☞ São tratados como uma doença, fragmentados, sem respeito por sua privacidade e dignidade
☞ Paciência, bom humor, alegria e gostar da profissão escolhida	☞ Às vezes são tratados com indiferença, frieza, como se estivessem todos em coma ou sedados
☞ Presença ativa da enfermagem	☞ Não gostarem de sua profissão
☞ Demonstram preocupação com a família	☞ Às vezes deixa-se o paciente sozinho, provocando angústia e medo
☞ Preocupação com os seus sinais e sintomas	☞ Ignora-se esta preocupação do paciente
☞ Rapidez e segurança no cuidado	☞ Despreza-se o que é relatado ou demora-se na tentativa de resolução

### 5.6.2 - O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas e negativas na assistência em UTI

O cuidado solidário e atitudes de enfermagem positivas na prestação da assistência	O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem negativas na assistência
<ul style="list-style-type: none"><li>☞ Solidariedade no cuidado</li><li>☞ Dialogar com o paciente</li><li>☞ Cuidado com o ser humano</li><li>☞ Atenção e bom relacionamento</li><li>☞ Cuidar com responsabilidade</li><li>☞ Carinho/reciprocidade/calma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>☞ Falta de ética no cuidado</li><li>☞ Falta de diálogo</li><li>☞ Mau humor/indiferença/má vontade no cuidar</li><li>☞ Ver somente a doença</li><li>☞ Não ter preocupação com a família do paciente</li><li>☞ Falta de preparo/maturidade para desempenhar a profissão</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>☞ Dedicção/disponibilidade</li><li>☞ Zelo pelo conforto e bem-estar do paciente</li><li>☞ Agilidade/segurança/eficiência</li><li>☞ Satisfação pela profissão</li><li>☞ Cuidado como troca de emoções e sensações</li><li>☞ Respeito à dignidade do paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>☞ Competitividade negativa</li><li>☞ Falta de paciência</li><li>☞ Cuidado automatizado</li><li>☞ Não gostar da profissão</li><li>☞ Pouca disponibilidade ao cuidar</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>☞ Manifestar sentimentos ao cuidar</li><li>☞ Toque como forma de aproximação</li><li>☞ Cuidado como compromisso com a vida</li><li>☞ Ver o paciente como um todo</li><li>☞ Participar e opinar sobre a assistência</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>☞ Permitir que problemas pessoais interfiram no ambiente de trabalho.</li></ul>

### 5.6.3 - O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas e negativas, na percepção dos pacientes de UTI

---

O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem positivas na assistência na UTI na percepção dos pacientes

---

- ☞ Dialogar com o paciente
  - ☞ Solidariedade no cuidado
  - ☞ Cuidado ao ser humano
  - ☞ Atenção/carinho/disponibilidade ao cuidar
  - ☞ Estar presente ao lado do paciente
  - ☞ Toque ao cuidar- aproximação/afeto
  - ☞ Paciência ao cuidar
  - ☞ Habilidade técnica/destreza manual
  - ☞ Conforto e bem-estar no cuidar
  - ☞ Preocupação da enfermagem com a doença/com sintomas
  - ☞ Segurança ao prestar o cuidado
  - ☞ Inspirar confiança no paciente
  - ☞ Respeito à religiosidade no cuidar
  - ☞ Valorização do paciente
  - ☞ Gostar da profissão
- 

O cuidado solidário e as atitudes de enfermagem negativas na assistência na UTI na percepção dos pacientes

---

- ☞ Falta de diálogo
- ☞ Má vontade / mau humor / indiferença / cara fechada / demora no atendimento
- ☞ Não ouvir o paciente
- ☞ Não estar ao lado, falta de presença
- ☞ Falta de ética
- ☞ Não se preocupar com a família do paciente
- ☞ Não se preocupar com sinais/sintomas

**5.6.4 - A percepção dos profissionais e dos pacientes em relação à solidariedade, no cuidado na UTI**

Percepção dos profissionais	Percepção dos pacientes
☞ Zelar pelo conforto e bem-estar do paciente	☞ É ajudar o outro
☞ Estar disponível	☞ É ficar junto comigo
☞ Preocupar-se também com a família	☞ Forma de desprendimento
☞ Trocar conhecimentos e emoções ao cuidar	☞ É quando alguém me entende
☞ Cuidar com humanidade	☞ É se entregar e confiar em quem cuida
☞ Dar atenção	☞ É preocupar-se com a religiosidade
☞ Compromisso com a vida	☞ Dar segurança ao doente
☞ Presença/reciprocidade/co-responsabilidade/ajuda	☞ Dialogar
☞ Tratar o ser humano doente e não a doença - ver o ser humano na pessoa do doente	☞ Preocupar-se com o paciente
☞ Carinho / sorriso / sensibilidade / sentimento	
☞ Envolvimento/interação	

**5.6.5 - A influência dos fatores do ambiente da UTI na prestação do cuidado solidário, na percepção dos profissionais e dos pacientes**

Percepção dos profissionais	Percepção dos pacientes
☞ Cuidado automatizado/ valorização dos equipamentos	☞ Medo do setor
☞ Paciente tratado como se estivesse sedado ou em coma/paciente objeto do cuidado	☞ Barulho/luminosidade/ruído dificultam o cuidado
☞ Não há flexibilidade das normas da UTI	☞ As acomodações e a alimentação poderiam ser melhores
☞ Falta de equipamentos/materiais	☞ Preocupação por estar separado da família
☞ Estresse é muito grande	☞ Horário de visitas reduzido
	☞ Os equipamentos angustiam
	☞ Correria no setor traz insegurança

**5.6.6 - Cuidado solidário como valor cognitivo/habilidade técnica, na percepção dos profissionais e dos pacientes**

Percepção dos profissionais	Percepção dos pacientes
☞ Atenção(estar atento) no cuidado.	☞ Estar atento e ouvir o paciente
☞ Informação sobre o estado de saúde/ diagnóstico/ sinais e sintomas	☞ Informação e diálogo
☞ Ter habilidade técnica/destreza manual	☞ Ter habilidade técnica/destreza manual
☞ Entender e compreender as reações dos pacientes	☞ Ter conhecimento sobre sinais e sintomas
☞ Ter conhecimento sobre ação/ dosagens dos medicamentos	☞ Procurar ter informações sobre a vida do paciente e de sua família

**5.6.7 - O cuidado solidário como valor social, na percepção dos profissionais e dos pacientes**

Percepção dos profissionais:	Percepção dos pacientes:
☞ Preocupação com a família do paciente	☞ A doença provoca mudanças radicais na vida do paciente(UTI)
☞ Os problemas sócio-econômicos enfrentados pela equipe influenciam no cuidado	☞ Ampliação do horário de visitas
☞ As relações sociais difíceis na atualidade interferem no cuidado	☞ Distanciamento da família e de amigos interfere no modo de ser do paciente
	☞ Preocupação com os outros que estão internados no mesmo box

**5.6.8 - O cuidado solidário como valor afetivo, na percepção dos profissionais e dos pacientes**

Percepção dos profissionais	Percepção dos pacientes
☞ Demonstrar atenção/carinho e ser prestativo no cuidado	☞ Carinho / atenção / disponibilidade ao cuidar
☞ Ter calma e paciência ao cuidar	☞ Presença afetiva da enfermagem
☞ Fazer amizade com o paciente e passar confiança	☞ Ter preocupação com a família
☞ Facilitar a troca de sentimentos/ emoções ao cuidar	☞ Sorriso na relação do cuidado
☞ Ter disponibilidade	☞ Ser prestativo ao cuidar
☞ Envolvimento com o paciente	☞ Paciente gosta de sentir-se valorizado
☞ O toque é uma forma de aproximação	☞ A solidariedade é uma atitude afetiva no cuidado

### ***5.6.9 - O cuidado solidário como valor fisiológico, na percepção dos profissionais e dos pacientes***

<b>Percepção dos profissionais</b>	<b>Percepção dos pacientes</b>
☞ Atender as necessidades básicas do paciente	☞ Preocupação com sinais e sintomas/doença
☞ Zelar pelo conforto e bem-estar do paciente	☞ Preocupação com as instalações da UTI
☞ O toque é percebido como um ato(contato) fisiológico	☞ Preocupação com a alimentação servida
☞ Não ver somente a doença seus sinais e sintomas	☞ Preocupação com os gastos gerados pela doença e com a família

### ***5.6.10 - O cuidado solidário como valor moral, na percepção dos profissionais e dos pacientes***

<b>Percepção dos profissionais</b>	<b>Percepção dos pacientes</b>
☞ Gostar da profissão	☞ A ética no cuidado
☞ Ter uma relação pessoa-pessoa ao cuidar	☞ O toque pode ser percebido como uma atitude íntima
☞ Ética no cuidado	☞ A solidariedade no cuidado é uma atitude moral
☞ Ter compromisso com a vida	☞ Valorizar a vida e a pessoa doente
☞ Ser solidário ao cuidar	☞ Valorização da enfermagem ao ser cuidado
☞ Respeitar os valores / cultura e religiosidade do paciente	

### ***5.6.11 - O cuidado solidário como valor organizativo, na percepção dos profissionais e dos pacientes***

<b>Percepção dos profissionais</b>	<b>Percepção dos pacientes</b>
☞ Ter compromisso com a instituição e com a equipe	☞ Preocupação com o ambiente organizacional do setor
☞ Respeitar as normas e rotinas do setor	☞ Ampliar o horário de visitas
☞ Fazer as tarefas e desempenhar as funções da melhor maneira	☞ Ao executar tarefas administrativas a auxiliar não fica ao lado do paciente - gera insegurança
☞ Evitar a automatização do cuidado	☞ A dependência das pessoas e do setor geram insegurança
☞ Estimular na equipe a competitividade sadia	

*5.6.12 - Reflexões sobre a prática do cuidado solidário em UTI, na percepção dos profissionais e dos pacientes*

---

<b>Percepção dos profissionais</b>	<b>Percepção dos pacientes</b>
☞ Refletir sobre a ética e postura profissional	☞ Repensar a importância da informação e do diálogo no cuidado
☞ Fazer uma reflexão sobre a importância da solidariedade no cuidado	☞ Refletir sobre a ética no cuidado
☞ Repensar e encontrar estratégias para mudar a percepção que a sociedade tem da enfermagem como profissão	☞ Comparar o cuidado prestado com outras instituições
☞ Repensar as maneiras para melhorar o cuidado	☞ Repensar o fato de ser o paciente cuidado por uma pessoa “estranha”.

---

## 6 - ASPECTOS ÉTICOS

Todos os profissionais de enfermagem das UTIs devem preocupar-se em adquirir um conhecimento básico de princípios éticos para aplicação na prática assistencial. Mas a atuação como profissional demonstra que só o conhecimento destes princípios norteadores não é suficiente, pois a sua aplicação e implicações na assistência são complexas e de difícil resolução. É necessário também manter a integridade ética na profissão, com uma sistemática e rigorosa avaliação da atuação profissional, e perceber as implicações desta assistência sobre o paciente, a família e outros membros da equipe multiprofissional. O raciocínio ético do profissional de enfermagem é indispensável para a equipe de UTI e deve orientar a vida profissional e pessoal de cada um, pois não há como separar o profissional do pessoal e vice-versa, uma vez que o ser humano é único e indissociável.

Na enfermagem a ética, questiona basicamente, a conduta, os valores morais, as posturas e obrigações de cada profissional, que são os princípios balizadores das situações clínicas ou do trabalho multiprofissional. Além disso, reflete também multiplicidade de valores, conflitos profissionais, morais e institucionais. Por isso é imprescindível o conhecimento dos princípios éticos e legais, bem como a capacidade de usá-los para sua proteção. Tais princípios servem ainda para incriminar o profissional que agir em desacordo com as normas estabelecidas pelo órgão máximo da sua categoria.

Nesta compreensão do princípio ético, é evidente a necessidade de uma reflexão que defina quais são os interesses do paciente, quais os seus valores, hábitos, crenças e costumes. Em segundo lugar, é necessário demarcar os valores profissionais e pessoais do enfermeiro, os princípios institucionais e todas as questões legais impostas pela sociedade. Esta análise ética situacional do processo de enfermagem proporcionará tomadas de decisão mais firmes e mais embasadas nos preceitos vigentes, o que diminuirá, com certeza, dilemas em relação à conduta profissional.

Devemos sempre ter em mente que a ação da enfermagem precisa respeitar a autonomia do paciente e dos outros profissionais. A manutenção da integridade ética requer um exame sistemático das ações junto ao paciente, para que a assistência valorize cada vez mais a vida, tanto de quem recebe, como de quem presta o cuidado.

Acreditamos que a autonomia das pessoas seja o princípio básico da ética do profissional de enfermagem. É o que pregam Hudak e Gallo (1997, pág. 96):



"Respeitar a autonomia é tratar o outro com respeito e respeitar o plano de ação que ele escolhe. O princípio da autonomia origina a regra ou doutrina do consentimento informado. O dever do enfermeiro, em relação a este princípio, é perceber que o paciente ou o responsável pelo paciente é verdadeiramente autônomo, antes que seja tomada uma decisão de assistência à saúde. Um enfermeiro responsável é alguém capaz de fazer um julgamento substituto... um paciente que consente livremente, totalmente informado, tem o direito de tomar uma decisão autônoma, corresponda ou não ao que os outros pensam que ele deva fazer, à exceção de que a decisão não prejudique os outros".

Continuando, destacam cinco princípios norteadores das ações do enfermeiro em UTI:

- "Um enfermeiro realiza apenas aquelas funções para as quais foi preparado por educação e por experiência.
- Um enfermeiro realiza aquelas funções com competência.
- Um enfermeiro delega responsabilidade apenas para a equipe cuja competência tenha sido avaliada e considerada aceitável.
- Um enfermeiro toma medidas apropriadas conforme indicado por observações do paciente.
- Um enfermeiro conhece as políticas da agência empregadora".

Germano, citado por Schwartz (1997, pág. 30), vai mais longe na definição da ética profissional:

"Hoje, com o desenvolvimento rápido de técnicas e do aparato farmacológico e de tecnologias, pode-se prolongar vidas, mas com isso ocorreu a preocupação com os aspectos éticos que envolvem estes pacientes".

E ainda:

"Em uma UTI, dificilmente o paciente é respeitado em sua individualidade, privacidade, valores culturais, religiosos e até no seu natural pudor ou intimidade, apesar do que é mencionado no código de ética da enfermagem".

Complementando, Reiser, citado por Schwartz (1997, pág. 30), faz um alerta sobre os problemas éticos em UTI:

"Como a tecnologia avançou, tornando-se mais poderosa, somos crescentemente capazes de salvar vidas, mas não pessoas, onde muitos clientes têm vida sem experiência, ainda que o sofrimento vivenciado pelos clientes que tornam-se dependentes dos mais variados aparatos tecnológicos também é compartilhado por seus familiares".

Esclarecendo melhor este aspecto, Reiser, citado por Barbosa (1995, pág. 26), chama a atenção para o fato

“de que a ética lembra aos profissionais que eles são agentes morais com escolhas a serem tomadas sobre o uso dos instrumentos no cuidado, fazendo-as, aplicando padrões e princípios morais para os fins que eles e seus pacientes desejam. Deste modo encoraja o enfermeiro em perguntar a si mesmo a sua conduta, bem como pacientes, famílias e equipe que se confrontam com ela são pressionados para uma reflexão moral, de modo que possam fazer escolhas sobre a tecnologia de modo sensato”.

Para Marsden, citado por Barbosa (1995, pág. 24),

“o imperativo tecnológico que cita o que deveríamos fazer, o que podemos fazer, tem contribuído para muitas implicações éticas, sendo as mais destacadas o abandono da tecnologia sustentadora da vida, o reconhecimento e prevenção da desumanização da equipe e a alocação de recursos na terapia intensiva”.

Na verdade, o que o profissional da enfermagem sempre deve ter em mente, respaldando a sua atuação ética, é que o serviço, a tecnologia, o avanço científico, valorizem a qualidade de vida do ser humano.

Acreditamos que o princípio norteador da ética, na enfermagem em UTI, é o da valorização da vida com qualidade; do respeito ao ser humano como cidadão responsável; da autonomia e liberdade de ação das pessoas; do respeito à cultura, às crenças e aos valores de cada indivíduo, para que ele seja feliz, e a biocentralidade o bem maior da humanidade.

Com relação à observação da ética no trabalho, primeiramente solicitei à administração do hospital, à chefia de enfermagem e da UTI, a permissão para fazer a prática assistencial naquele setor.

Após tive dois encontros com os enfermeiros do setor (chefia e responsável pelo turno da tarde), durante os quais fiz uma exposição dos objetivos, metodologia e idéias sobre o trabalho. Em seguida, tive oportunidade de colocar os objetivos do trabalho a toda a equipe de enfermagem da UTI. Antes solicitei o consentimento para a realização do estudo sem grande interferência sobre a liberdade de atuação dos enfermeiros e sobre as atividades da assistência. Combinou-se então com o grupo o cronograma das reuniões, com datas e horários. Durante a ausência da equipe para os encontros, os acadêmicos de enfermagem do VII nível assumiriam o cuidado do setor e dos pacientes da UTI. Também se discutiu a respeito do sigilo quanto à identificação de nomes, decidindo-se preservá-los com a utilização de números (entrevista 1, entrevista 2, etc ...). O anonimato dos entrevistados e pesquisados possibilitou a divulgação dos resultados, com respeito aos princípios éticos da pesquisa. Num dos encontros tratou-se de definir o princípio ético do cuidado e da bioética como norteadora do cuidado em UTI.

## 7 -ASPECTOS EDUCATIVOS

A prática educativa na enfermagem da UTI é considerada fundamental para o profissional e para o paciente. Este último, porém, tem recebido poucas orientações durante o cuidado e por ocasião da alta, ficando a tarefa a cargo da unidade de internação. O que se percebe, no entanto, é a precariedade das informações e na exploração deste campo tão vasto que é a área educativa. Na verdade, inexistente cuidado ao paciente, sem a respectiva orientação e atuação educativa, durante a assistência de enfermagem. Vários aspectos desse processo foram observados e discutidos com o grupo da UTI ao longo da prática assistencial, tomando por base os ensinamentos dos especialistas que tratam do assunto.

Segundo Hudak e Gallo (1997, pág. 52),

“o enfermeiro deve ter a capacidade de reconhecer a resposta do paciente à doença e prever quando a prática educativa será melhor absorvida e mais útil ao paciente. As etapas para lidar com o ensino são compostas pelo entendimento:

- o nível de adaptação do paciente à doença;
- o nível de ansiedade do paciente;
- o nível de desenvolvimento do paciente;
- as oportunidades para aplicação imediata de novos conhecimentos e habilidades;
- um ambiente de aprendizado interpessoal seguro que permite tentativas e erros sem recriminação”.

O profissional da enfermagem deve perceber, nessa interação com o paciente, a deficiência de conhecimento, bem como o que precisa ser ensinado e aprendido para poder provocar mudanças nas atitudes de comportamento. A mais importante orientação dada a um paciente de UTI é o da readaptação ao seu estilo de vida, sobretudo se, eventualmente, houver impossibilidade de que ele tenha uma vida independente após uma doença grave.

A readaptação do paciente a um novo estilo de vida, que pode ser muito diverso do vivido anteriormente, necessita da participação dos familiares, tanto na orientação quanto na ajuda. Por isto, é importante que seja feito um plano para que o processo educativo alcance os objetivos propostos. É recomendável que este plano seja montado em conjunto com o paciente e a família, pois eles conhecem melhor a realidade do ambiente e do local onde moram. O acompanhamento e a avaliação da evolução do paciente poderão ser feitos pelo profissional da comunidade.

A equipe de enfermagem tem como premissa que seu processo de formação e aperfeiçoamento sejam constantes, tanto no aspecto científico, das patologias, como no

humanístico. A ação educativa como uma possibilidade de crescimento, ampliação da consciência e leitura da realidade deve visualizar acima de tudo o processo saúde-doença e da valorização da vida.

Esta educação específica, fundamentada no princípio da autonomia e da liberdade, faz com que cresçam e se realizem como pessoas e como profissionais, os alunos das escolas de enfermagem, os quais, além de acompanhar a evolução técnico-científica, precisam voltar-se também para os valores afetivos e de relações humanas, característica primeira do cuidado, que é uma atitude inter-relacional. Não é possível separar a aprendizagem cognitiva, da afetiva, mas é fundamental manter um equilíbrio entre ambas. Enquanto se estimula a subjetividade, a intuição, a sensibilidade, não se pode esquecer do racional, do lógico e objetivo, todos, aspectos significativos no cuidado solidário, que assim se tornam valores imprescindíveis para a manutenção do equilíbrio e da harmonia da vida. É o próprio Gadotti (1992, pág. 141) quem afirma: *“A amorosidade, a afetividade, não enfraquecem em nada a seriedade de estudar e de produzir... não obstaculizam em nada a responsabilidade política e social”*.

Tanto o profissional de enfermagem como o paciente, quando pesquisados, mencionaram várias vezes a importância do diálogo, desde que respeitadas as diferenças, pois a verdade não é privilégio da equipe e, quando for, será sempre mutável, dependendo das condições e da temporalidade, na relação pessoa a pessoa.

Por viver numa sociedade capitalista, o homem está condicionado pelo consumismo e pela competitividade excessiva. É levado a pensar de determinada maneira e a aceitar valores sociais impostos. Eventualmente, a enfermagem também impõe aos pacientes e à família os seus valores, em detrimento dos deles, embora qualquer teoria pedagógica pregue o respeito à religiosidade e à cultura do educando, que também são parte do homem pleno.

A enfermagem como profissão está vivendo uma grande oportunidade de despontar no próximo milênio e inserir-se mais na sociedade. Para isso, tem que refletir sobre a sua prática, buscando melhorá-la; desenvolver uma atividade criadora e reflexiva, que abandone a ação repetitiva e impensada, a atividade mecânica e rotineira; tomar consciência de suas verdadeiras funções e avaliar, diariamente, sua ação terapêutica e os efeitos do cuidado que presta ao ser humano.

O processo educativo na enfermagem é abrangente e complexo, ainda que possa acontecer em todos os contatos, entre o profissional e o paciente/família. É por meio desta

troca constante que a enfermagem, como profissão, irá incorporar-se definitivamente à sociedade, como verdadeiro agente de mudança e transformação. E contribuirá, sem dúvida, na construção de uma cidadania responsável e na redução dos índices de exclusão social.

## 8 - REFLEXÕES SOBRE O MARCO CONCEITUAL

Uma reflexão retrospectiva, sobre os anseios e angústias que me levaram ao presente estudo, fez-me perceber a grande e importante caminhada que me trouxe até aqui. O mesmo convencimento me faz vislumbrar agora o longo trajeto a ser percorrido, pois novas dúvidas surgiram e novas respostas devem ser procuradas, discutidas e analisadas. A tarefa não é só minha, mas de muitos outros profissionais da enfermagem. Este trabalho permitiu a mim e ao grupo que me acompanhou, a fazer uma parada estratégica, com o fim de refletir, analisar, traçar novos rumos e estabelecer uma nova forma de fazer assistência, mediante um cuidado menos tecnicista e mais humano. O resultado deste processo de revisão conceitual e laboral desencadeou na equipe o aprimoramento da sensibilidade, da intuição e da criatividade, e ainda a percepção do seu papel na tarefa diária de construir a solidariedade, como uma forma de vida melhor e mais saudável para todos.

Este trabalho permitiu, sem dúvida, a descoberta de um mundo novo, baseado na mudança dos valores das pessoas, quando a vida é colocada em primeiro lugar. Possibilitou conhecer melhor o paciente e o que ele busca no cuidado. Enfim, descortinar um mundo melhor, tanto para os profissionais como para os pacientes de uma UTI.

Muitas pessoas não acreditam que possam ocorrer mudanças significativas no ser humano, no seu modo de pensar, agir e fazer. Não acreditam que o homem, como ser racional, possa valorizar os sentimentos, a sensibilidade, a intuição, o envolvimento, a troca de emoções e a solidariedade.

O cuidado solidário é um fenômeno concreto e, sendo um valor na estimulação da vida, está relacionado a atos ou atitudes das pessoas envolvidas na assistência. Estes atos e/ou atitudes, que se materializam pela interação e envolvimento com as pessoas, tornam-se uma experiência vivida, geradora do crescimento de cada um nas relações do cuidado. Valor indispensável a todos os seres humanos e para a valorização da vida e do respeito e preservação da natureza, o cuidado solidário estimula a sensibilidade, a intuição, a reciprocidade, o envolvimento verdadeiro na relação pessoa/pessoa. O ato de cuidar, essencialmente relacional, promove uma troca de experiências e de sentimentos entre o profissional/paciente. E a solidariedade, que é a base do cuidado, estimula a autonomia e a liberdade de escolha das pessoas, procura estimular a criatividade, apoiar e ajuda a zelar pelo conforto e bem-estar, a fim de melhorar a qualidade de vida, tanto no suprimento das necessidades de saúde como no amenizar os problemas causados pela doença.

Mas o cuidado solidário não deixa de ser também um fenômeno humanístico bastante complexo, já que envolve ações e relações de pessoas, muitas vezes em situações inesperadas e preocupantes, que podem alterar o curso da própria vida. Por tais razões, apresenta dimensões multivariadas de sensações, necessidades e anseios do ser humano, restritivas da atuação do profissional, que tem de demonstrar capacidade e habilidade para contornar os fatores adversos, tão comuns no dia-a-dia da profissão.

Para tanto é necessário que se tenha uma visão abrangente da realidade e dos fatores interligados no processo saúde-doença, para que não se perca de vista o significado e a importância da vida de cada um e do paciente. Na verdade, a vida pode ser definida como um processo cognitivo, de afeto, sociabilidade, um processo moral, fisiológico e organizativo. As relações, na vida de cada ser humano, são fruto de interações afetivas e sociais, mas apresentam também componentes físicos, biológicos e espirituais. Todas estas facetas do indivíduo estão modeladas e interconectadas. Isto faz com que no cuidado solidário se tenha a visualização do todo, quando se presta a assistência a alguém na UTI. O sistema de relações, no cuidado solidário, tem uma dimensão essencial que permite acompanhar a evolução natural da vida humana, tentando entender as ações e reações de cada um durante a assistência prestada.

O ato de viver é uma constante incorporação de novos conhecimentos e novas habilidades, tanto técnicas, como humanas e conceituais, que poderão auxiliar ou não no atendimento às expectativas e necessidades do paciente. Só estarei evoluindo profissionalmente, e meu cuidado terá boa qualidade, se souber aproveitar a evolução da tecnologia na área hospitalar colocada à disposição dos profissionais e dos pacientes. Da mesma forma que é imperativa a necessidade de acompanhar a evolução do entendimento, compreensão e valorização das atitudes do homem. Somente aliando estas duas correntes, a tecnológica e a humana, poderei prestar um cuidado solidário adequado e qualificado.

A afetividade é uma das características da pessoa, inerente ao homem, e isto foi demonstrado pelos pacientes e profissionais que salientaram a importância do valor afetivo na relação do cuidado. Percebe-se claramente este anseio nas falas dos pacientes: eles querem ser atendidos com “humanidade”, como pessoas que, momentaneamente, estão doentes, mas precisam sentir-se úteis e valorizados. Esta “utilidade” do ser humano passa, invariavelmente, pela produção, pelo trabalho, no mundo capitalista de hoje. Mesmo assim a afetividade, a sociabilidade, a moral, são valores com os quais todos gostariam de conviver nas relações do cuidado solidário.

Deu para perceber também que o cuidado é muito valorizado. Há uma preocupação em todos os pacientes de que a enfermagem amenize ou diminua os sinais e sintomas da doença. A dor sob o ponto de vista fisiológico é algo que todo ser humano rejeita. Consciente disto, a equipe deve apresentar percepção, intuição e sensibilidade aguçadas, capacidade dialógica no relacionamento e conhecimento técnico-científico aprimorado. Estas qualidades se complementam na formação dos profissionais da enfermagem, e na busca permanente de maior valorização da vida, de segurança, eficiência e eficácia no cuidado.

A flexibilidade do profissional, ao prestar o cuidado solidário, faz com que ele se adapte mais facilmente às situações mutáveis, urgentes e, às vezes, inesperadas, nas condições de saúde/doença do paciente na UTI. A inflexibilidade, aliada à rotinização extremamente rígida e à hierarquização na assistência, é fator de tensão na equipe, criando dificuldades na resolução de conflitos existentes. Esta pressão do ambiente é muito sentida pelos profissionais e percebida pelos pacientes, que ficam inseguros e com receio do setor, podendo eventualmente tornar-se uma fonte de atrito.

A comunicação ou diálogo fazem parte do cuidado como valor cognitivo. Representa uma forma de ser do profissional para com o paciente, quando mantém atitudes ou comportamentos que permitem uma aproximação maior de pessoa-pessoa, pelo envolvimento verdadeiro e a presença ativa do profissional. "Eu não gosto que só fiquem me olhando, gosto quando conversam comigo, isto dá segurança". O toque, no cuidado, é um ato fisiológico, mas pode transformar-se numa atitude de aproximação, afeto, solidariedade e troca de emoções. Isto foi percebido principalmente com um paciente tetraplégico, em quem o toque na testa, por longo tempo, fez dilatarem suas pupilas, melhorar a saturação de oxigênio e estabilizarem os níveis tensionais.

É importante salientar que o profissional da enfermagem pode vir a ter um conhecimento cada vez maior da vida e do ser humano, compreendido aí o pensamento, os sentimentos, as concepções e a consciência. Certamente este amadurecimento fortalecerá a sua interação com o paciente que necessita do cuidado.

Apesar do meu trabalho ser apenas o ponto inicial, uma amostra da realidade vivenciada, senti que as pessoas mudam sua forma de pensar se estimuladas a isso, não sendo necessários grandes investimentos ou gastos. O estímulo as leva além da nossa expectativa, torna-as criativas, generosas e empenhadas na luta para provocar mudanças nas relações entre as pessoas. Embora possa ser racional e tecnicista, principalmente quando



trabalha num ambiente de extrema especialização como é o caso de uma UTI, o ser humano continua sendo um reservatório de sentimentos e emoções.

A enfermagem, normalmente, tem uma grande preocupação com a execução de técnicas e procedimentos. Valoriza muito os equipamentos que auxiliam, de maneira eficaz, na resolução de problemas de pacientes. E muitas vezes acha até que está evoluindo, crescendo profissionalmente, ao acompanhar o avanço tecnológico. Sabe-se, entretanto, que isto pode trazer consequências desastrosas no cuidado, conduzindo a desejada interação pessoa/pessoa a um patamar de relação impessoal e distante, que trata o paciente como se estivesse sedado ou em coma. Isto foi percebido nas falas:

*“... pois o trabalho do dia-a-dia nos leva à automatização.” (9.8).*

*“... tratar como gente e não como doente ... e como um objeto.” (1.13)*

*“... a enfermagem quase sempre voltada para equipamentos, medicações, fazer, material, esquecendo o lado humano do paciente, não vendo o paciente céfalo-caudal, detendo-se só no local que está manuseando...” (1.2).*

*“... bastante automático...”(5.1).*

*“... acabamos executando apenas as técnicas e esquecendo que eles são pessoas e esperam mais de nós...”(7.4).*

No entanto, está comprovado, o paciente busca mais do que a técnica e o procedimento da enfermagem. Ele quer atenção, carinho, afeto, disponibilidade e ajuda.

A enfermagem é um evento humano, um acontecimento entre pessoas, que podem partilhar experiências, conhecimentos e sentimentos, fortalecido pela interação e pelo envolvimento. Foi demonstrado pelos pacientes a importância do carinho, da *atenção e disponibilidade ao cuidar*:

*“... me tratam bem. O que eu gosto é de atenção, ser prestativa, me ajudando e ficar ao meu lado prestando ajuda...” (1.13).*

*“... com carinho e atenção. Se elas ficarem junto com os doentes dá mais segurança...”(2.9).*

*“... as pessoas estão me atendendo bem, mas poderiam conversar mais. É ruim ser atendido por pessoa que não fala...”(2.7).*

Percebe-se, pois, que, no cuidado solidário, o imperativo imprescindível e que inicia a relação é o diálogo. O homem, como ser dialógico, tem oportunidade de exercer

influências e de ser influenciado. É por meio do diálogo que ele pode expor suas idéias e escolher o que é melhor para sua vida. A falta de diálogo e de orientação são atitudes dificultadoras da relação no cuidado:

*“... não dar importância ao que o paciente relatar e não comunicar as alterações que acontecem...”(1.11).*

*“... não ter paciência para ouvir o que ele prefere, o funcionário deve escutar...”(4.18).*

*“... vejo que a conversa com o paciente é a parte que mais falta na equipe, quando temos pacientes conscientes esquecemos de conversar...”(6.4).*

A falta de diálogo é também ruim na percepção dos pacientes, como foi citado anteriormente.

O homem é capaz de ser solidário e de ser receptivo à solidariedade do outro. Isto foi constatado tanto com a equipe, no segundo instrumento, como com os pacientes. Estes vêem a solidariedade como forma de ajuda, presença e desprendimento do profissional:

*“... a solidariedade é ajudar o outro...”(2.21).*

*“... solidariedade é ficar junto comigo ...”(3.27).*

*“... a solidariedade é uma forma de desprendimento, é a preocupação comigo ...”(4.27).*

*“... a solidariedade é quando alguém me entende ...”(5.28).*

*“... a solidariedade é se entregar para o outro e confiar ...”(6.27).*

A equipe refere:

*“... ser solidário é estar disponível e preocupar-se com ele e com a família...”(4.12).*

*“... solidariedade ao cuidar é trocar conhecimentos e emoções com o paciente ...”(5.6).*

*“... solidariedade é o ato humano de cuidar, que traz sentido verdadeiro ao cuidado ...”(6.9).*

*“... sem a solidariedade não é feito por inteiro o cuidado de enfermagem, vendo então o paciente como objeto...”(1.16).*

O cuidado solidário é fortalecido pelo saber agir, ter habilidades de contornar conflitos e viver as diferenças existentes no encontro do cuidado. Para Pessini (1994), é no

viver conflitivo que se percebe a solidariedade. Isto foi possível presenciar com um paciente, sujeito a conflitos e problemas éticos no cuidado:

*“... eu fechava os olhos e as pessoas achavam que eu estava dormindo. Mas eu escutava tudo ...”*(2.13).

*“... diziam que o paciente do leito um estava piorando ...”*(9.6).

*“... foi bom que veio falar comigo. Pude te contar tudo ...”*(9.10).

*“... não confiava mais em ninguém ...”*(9.15).

Na verdade, o que ocorre é que o peso da instituição, as normas e as rotinas existentes sufocam o profissional, inibindo a sua criatividade, diminuindo a sua liberdade de escolha e a sua autonomia. Consequentemente isto é transferido ao paciente da UTI, pela hierarquização, pelo cuidado automatizado, pela preocupação de fazer(técnicas e procedimentos). Fica em segundo plano, a preocupação com o que está “além do cuidado”, que é o tratamento digno ao ser humano doente e a valorização dos sentimentos e da emoção, atitudes fundamentais para uma interação satisfatória durante a assistência à saúde.

Temos que repensar a nossa conduta profissional:

*“... respeitando seus limites de personalidade, temos que repensar o nosso papel e a nossa maneira de ser como profissionais ...”*(9.9).

*“... desde que o paciente aceite as normas impostas pelo setor ...”*(6.4).

*“... é urgente a equipe da UTI fazer uma reflexão crítica sobre a sua ética, relação com o paciente na UTI, para que possamos aperfeiçoar o cuidado...”*(1.19).

Este trabalho permitiu que se fizesse uma reflexão sobre a evolução tecnológica e as suas implicações nas relações entre as pessoas e nas relações do cuidado em UTI. Talvez a gente não se dê conta de que a felicidade prometida e buscada por cada um não está nas coisas ou nos outros, mas, sim, dentro de nós mesmos. A felicidade incessantemente procurada é intrínseca à própria pessoa. Se eu tiver liberdade interior, se fizer escolhas que delineiem a minha vida e tiver vontade de conseguir estas metas, com certeza não serei feliz plenamente, mas estarei mais próximo do que busco e mais próximo da felicidade almejada. Se eu tiver liberdade interna, terei mais condições de buscar a liberdade externa, e de me sentir útil e importante, na profissão que escolhi.

Quanto ao ambiente de relações do cuidado (a UTI), os pacientes apontaram o barulho dos equipamentos e das conversas, que dificultam o sono deles:

*“... não consigo dormir à noite, pois tem muito barulho, e o paciente ao lado gritou bastante ...”*(2.5).

*“... o barulho é grande, tocam as campainhas(alarmes), as pessoas correm; tinha uma pessoa gritando do lado a noite inteira...”*(6.31).

Estas constatações dos pacientes não são detectadas pela equipe de enfermagem, que considera isto normal. Mas com certeza, os ruídos influenciam enormemente seu nível de estresse, de humor e irritabilidade (ou falta de paciência) ao atender os pacientes. Para os profissionais, o ruído faz parte da função e é, incorporado como algo habitual, rotineiro, inerente à cultura.

A religiosidade também é inerente à cultura e ao ser humano. Durante a prática assistencial, o relato dos pacientes comprovou esta crença. A equipe de enfermagem, muitas vezes, esquece desta verdade ou dá-lhe pouco valor. Eis o que as falas expressaram:

*“... gostaria que meu filho me trouxesse um terço...”*(5.34).

*“... foi bom ter ido rezar junto com as enfermeiras, me ajudou bastante, fiquei mais tranquila. Acho que rezando a gente tem mais esperança para melhorar logo...”*(7.3).

O cuidado quando impessoal e mecânico, torna-se prisioneiro e dependente da tecnologia e do modelo bio-médico existente. Na pesquisa percebi, com clareza, que o paciente de UTI não busca somente isto, mas principalmente, procura um cuidado solidário. Ele quer envolvimento, que considera o que ele pensa, sente e deseja; quer respeito à sua dignidade e valorização de sua vida.

É indiscutível que os profissionais devem empenhar-se cada vez mais em valorizar a ética profissional e social, e ampliar a sua visão do processo saúde/doença, na tentativa de inserir-se mais fortemente na sociedade e de encontrar alternativas para mudar as relações entre as pessoas.

Todo esforço do profissional da saúde tem de alicerçar-se no compromisso ético e social de mudar a realidade circundante; os desafios são diários, no sentido de encontrar alternativas que favoreçam a conquista da cidadania. Ele precisa também ter consciência que a doença produz(ou pode produzir) grandes alterações na vida do paciente, que podem diminuir a sua autonomia e torná-lo dependente de outras pessoas.

A saúde/doença, como processo dinâmico e multifatorial, tem o poder de interferir e mudar o modo de vida do ser humano. A doença em especial, se instala, quando a pessoa apresenta limitações/dificuldades/falta de condições, para suprir suas demandas básicas para

estar bem, a viver melhor e sobreviver. As alterações no modo de viver e nos hábitos pessoais causadas pela doença foram relatadas pelos pacientes:

*“... tenho falta de ar ...”*(1.1).

*“... por causa da cirurgia e deste curativo no nariz tenho que respirar pela boca. Ainda não tenho fome, só sede...”*(2.2).

*“... não consegui dormir, estou preocupada com os filhos e o marido. Como é que eles estão? Se machucaram muito?...”*(3.22).

*“... eu nunca pensei em ser cuidado por uma pessoa estranha...”*(6.35).

Além desta mudança, que pode ser traumática, a internação na UTI é extremamente indesejada, pois o paciente fica deslocado, longe dos familiares, do trabalho, transferindo radicalmente o seu habitat social. Eis o relato:

*“... estou com saudades do meu netinho ...”*(1.7).

*“... o atendimento é bom, mas quero ir para a minha casa. Fico sozinha sem a família. Falta muito tempo para abrir para as visitas...”*(3.22).

*“... estou preocupado e nervoso por causa do meu trabalho e com os negócios, ganho comissão sobre as vendas...”*(6.3).

No momento em que o indivíduo se dá conta das alterações no seu nível de saúde ou das dificuldades para suprir suas necessidades, procura o cuidado como forma de resolver ou amenizar a incômoda situação. A presença da enfermagem é extremamente significativa e importante, pois infunde tranquilidade e segurança. Os fatos são convincentes:

*“... quando saem do nosso lado dá insegurança. As pessoas não param, sempre estão fazendo coisas...”*(6.23).

*“... ficando perto, fico tranquila...”*(3.19).

*“... gosto quando ela fica do meu lado e fica conversando...”*(5.15).

*“... as auxiliares fazem sempre tudo por mim...”*(6.10).

*“... é muito importante elas estarem ao nosso lado (presença), é muito bom sentir-se protegida...”*(5.11).

As observações revelam o que, sem dúvida, cada um quer evitar que lhe aconteça e servem para pautar a conduta do profissional, pela estimulação do auto-cuidado, impondo a cada um ser responsável por sua saúde e sua vida.

Não deve ser negada ao profissional a liberdade de procurar um ponto de equilíbrio e compatibilidade entre o conhecimento técnico-científico tão necessário para a assistência, e a valorização da intuição, do sentimento e da preocupação com a intimidade do ser humano. Precisa ser resgatado, com urgência, a alteridade, o diálogo, a autoridade compartilhada, a reciprocidade, a confiança mútua entre paciente/profissional, para que o atendimento à saúde da população seja entendida e incorporada por todos como um valor na exaltação da vida. A vida é um valor sagrado, absoluto e inviolável, por isso o cuidado solidário deve ser programado a partir do indivíduo e não de sua doença.

Os conceitos utilizados têm que ser discutidos e aprimorados com mais profundidade pela enfermagem, para que se possa verdadeiramente dizer que o paciente está sendo cuidado e que os profissionais estão empenhados no próprio aperfeiçoamento. O envolvimento e a presença, tão aspirados pelo paciente que busca o cuidado, jamais deveria ser encarado como tarefa genérica, repetitiva e automatizada. E a enfermagem, em nenhuma hipótese, deve favorecer a relação impessoal, insensível, sem disponibilidade e solidariedade humana. É exatamente isto que Mendes (1994, pág. 84) retrata, quando diz:

“A enfermagem deverá deixar cair a sua máscara para deixar aparecer e transparecer o seu calor humano que vai vivificar o seu trabalho técnico-científico”.

Concluindo, convém destacar que este envolvimento e engajamento dos profissionais não pode ser entendido como uma técnica do trabalho, e sim acontecer espontaneamente, partindo da interioridade de cada um, até incorporar-se verdadeiramente no fazer de uma nova enfermagem.

## 9 - SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

A natureza da prática assistencial possibilitou a todo o grupo envolvido fazer uma pausa no seu cotidiano, para refletir e repensar a sua postura/conduita profissional, na prestação do cuidado aos pacientes internados na UTI. A reflexão e a discussão, que envolveram os profissionais do intensivismo, mostraram a importância do cuidado solidário, quando passa a ser um componente notável para a valorização da profissão, na edificação da harmonia social. A atitude solidária do grupo estimulou o exercício da liberdade e da autonomia, na busca da realização de cada um, e na tentativa de resgatar a cidadania de todo ser humano pela valorização da vida.

A modernização das estruturas sociais e científicas e a globalização da economia têm demonstrado um excessivo apreço pela máquina, em detrimento da assistência devotada e do calor humano.

A competitividade, a busca desenfreada de resultados materiais e de lucro, fazem com que aumentem o desemprego e a jornada de trabalho dos empregados. A maximização do esforço escraviza o homem, voltado somente ao consumismo, sem prestigiar o companheiro de equipe por ver nele um concorrente. A interioridade, os sentimentos e as emoções da pessoa estão sendo deixadas em segundo plano, pela prevalência do lado esquerdo do hemisfério cerebral, ou seja, da objetividade e racionalidade.

No entanto, felizmente, desponta uma nova visão de mundo, centrada no ser humano, a qual começa a exigir dos profissionais da enfermagem não só a competência técnica, mas a interação, a compreensão e a percepção do indivíduo como ser relacional.

Sobre isso, diz Erdmann (1992, pág. 116):

“Acredita-se na impossibilidade de tornar o homem um ser puramente racional, obediente às leis da lógica, automatizado, pois seus sentimentos, paixão e imaginação são inerentes à sua vida e ao seu relacionamento com os demais seres da natureza. Sua produção será sempre distinta daquela automatizada, por refletir um resultado original, fruto de uma experiência social solidificada e mutante, num processo de apreensão e apropriação da realidade”.

Este novo enfoque da teoria social impõe mudanças no processo educativo do curso de graduação de enfermagem, cuja preocupação maior ainda é com a fisiopatologia, a técnica e o procedimento. O educando precisa adquirir, durante sua formação, conhecimentos e estratégias que lhe permitam maior compreensão do ser humano e do

mundo; deve haver equilíbrio entre a generalização e a especialização, estimulando o profissional a utilizar a intuição, a criatividade, a sensibilidade ao cuidar o paciente. Trata-se de uma mudança inadiável, que deve começar no modo de ser e de pensar dos professores, conscientizados de que o processo educativo é uma operação dialógica, que visa não apenas a ensinar, mas também a aprender, enquanto acontece o cuidado. Na maioria das vezes, o profissional acredita que apenas ensina e esquece que é um aprendiz, a cada novo encontro ou nova interação, seja com pessoa sadia ou não, que necessita de seu cuidado e de sua orientação.

Chopra (1994, pág. 23) em relação à criatividade, assim se posiciona:

“A quietude por si só é o potencial da criatividade. O movimento por si só é a criatividade restrita a certos aspectos de sua expressão. Mas a combinação de movimento e quietude capacita você a desencadear a sua criatividade em todas as direções”.

A enfermagem, como profissão interativa, deve mudar seus hábitos, suas crenças e valores. Seu poder sobre o paciente deve ser menos hierárquico e sua postura menos passiva, em relação ao modelo biomédico existente. Precisa ser criativa para encontrar alternativas de provocar mudanças substanciais, na busca de maior inserção do profissional na sociedade, mediante a valorização do cuidado solidário pela vida.

É ainda Chopra (1994, pág. 77) quem define:

“A incerteza é terreno fértil para a criatividade e a liberdade. Incerteza significa entrar no desconhecido em todos os momentos de nossa existência... Renuncie ao apego ao conhecido, entre no desconhecido e você estará no campo de todas as possibilidades.”

Como profissão, a enfermagem dispõe de um campo muito fértil a ser explorado, basta não ter medo e usar a criatividade, que é peculiar no cotidiano. (Criar substitutivos quando faltam materiais, por exemplo). Falta este arrojo em certos profissionais da enfermagem. A humildade em excesso pode se tornar prejudicial.

Além disto, o profissional deve estar presente por inteiro, dar tudo de si, prestigiar a experiência e os conhecimentos do outro, quando estiver prestando cuidado. Se sua atuação for encarada apenas como obrigação, e não como um compromisso social, com certeza, não sentirá incentivo, nem paixão pelo que está fazendo, tornando-se uma pessoa triste, desmotivada, que só enxerga as coisas ruins da vida.

Por outro lado, senti o grau de responsabilidade apresentado pelos profissionais ao tomarem condutas baseadas no conhecimento técnico-científico, no respeito à ética e na alteridade. Tais fatores facilitaram o desenvolvimento do potencial criativo, que impulsiona



cada um a lutar pela construção diária da solidariedade no grupo, uma solidariedade genuína, despojada de qualquer interesse unilateral ou egoísta.

Na UTI, há uma evolução significativa da tecnologia, que torna cada vez mais importante a luta pela saúde de cada paciente ali internado. Mas é preciso lembrar, como diz Streider(1990, pág. 22) que, *“quanto mais refinadas as técnicas, tanto mais refinadas se tornam as possibilidades de manipulação do homem”*, o que pode acarretar, muitas vezes, questionamentos, insegurança e medo ao profissional. Até que ponto é ético manter um paciente ligado e dependente dos equipamentos, para manutenção da sua vida? Será esta uma vida plena e digna para o paciente e para a família?

Interrogação deste tipo ocorreram, com frequência, durante a prática assistencial em UTI. Na rotina do dia-a-dia, os profissionais se defrontam, não raro, com esta realidade, sem tempo de repensar a sua conduta. Dependentes da máquina e atuando num contexto ambiental desfavorável à reflexão, tornam-se alienados, além de outros fatores estruturais que podem levá-los a assumir um compromisso “superficial” no processo do cuidado. A consequência inevitável desta postura é a incapacidade de refletir sobre as suas ações, e sobre a necessidade de participar mais ativamente nas transformações que a profissão exige, como paladino de mudança nas condições sociais do ser humano.

Neste processo dialógico de relacionamento, para que haja um envolvimento verdadeiro entre o profissional e o paciente, na prestação do cuidado, urge repensar-se o ensino-aprendizagem dos cursos de graduação de enfermagem, voltados quase que exclusivamente às patologias, isto é, ao modelo médico vigente no atendimento à saúde. No meu entendimento, deve-se focar o **cuidado** como uma oportunidade importante que todo profissional tem em mãos, para encetar mudanças também na atitude da população, engessada pelo paradigma da pouca valorização da enfermagem.

Fala-se muito em humanização, solidariedade, preocupação com o ser humano, para que todos possam ter uma vida mais digna. Mas é muito mais no discurso do que na prática que esta discussão acontece. Streider (1990, pág. 27) explica isto perfeitamente:

“A nossa época realmente é fecunda em proposições humanísticas, contudo, a impressão que temos é que estas proposições se encontram num estado de perplexidade e de desorientação, em sua relação mútua encontram-se em conflito, pois embora queiram o respeito pela dignidade humana, a libertação e a promoção do homem, não existe clareza e acordo sobre o que seja esta dignidade humana, o que se entende por libertação e promoção do homem”.

E segue dizendo:

“O mais trágico neste quadro é que ninguém em particular se sente responsável pela situação”.

Isto posto, cada um deverá ter a autonomia de escolher o seu próprio caminho, como ser humano e como profissional, exigindo, por princípio norteador, a liberdade de viver e a valorização da vida, reconhecidamente o dom maior do indivíduo.

Ainda que muito propalados os temas sobre vida digna, qualidade de vida e de trabalho, substitui-se facilmente, conforme Orcajo (1996, pág. 37), “*o trabalho pela produtividade, o sujeito pelo sistema, o diálogo pela negociação, a dignidade pelo status*”. Complementando, Arendt (1997, pág. 66) reforça a tese: “*A admiração pública é também algo a ser usado e consumido, satisfaz uma necessidade, como o alimento satisfaz a fome*”. Nasce aí a competitividade egoísta do ser humano, a vaidade individual que dificulta o trabalho em equipe e afasta a solidariedade, um valor inerente à condição humana. Daí a necessidade que senti de aprimorar mais o trabalho na UTI, para que resulte mais participativo, integrativo, na partilha de sentimentos e conhecimentos dos profissionais, com o propósito de tornar a vida mais harmônica e prazerosa para todos. Não é uma empreitada individual, mas multiprofissional, que exige o comprometimento de todos, na busca de assistência mais qualificada.

Convenci-me também que esta busca constante e este envolvimento autêntico entre o profissional e o paciente é uma forma promissora de transformar o cuidado solidário num alicerce, que promova um salto quântico na valorização da enfermagem como profissão, relevante e imprescindível para a sociedade.

Mesmo sujeito a antagonismos e dificuldades, o cuidado solidário facilitará a recuperação da saúde do paciente de UTI; transformará este ambiente num local agradável e aconchegante; diminuirá o estresse e substituirá o paradigma mecanicista existente nos hospitais, pela interação humana calorosa e empática, com seu séquito de benefícios.

Pela ocorrência de tantas vantagens, sugeri a continuidade deste trabalho, ampliando-se as discussões sobre a importância da solidariedade no cuidado ao paciente, que é um assunto emergente entre os profissionais de enfermagem, neste final de milênio. Não se conseguirá uma vida plena sem o envolvimento verdadeiro, sem a entre-ajuda, sem a co-responsabilidade, enfim, sem a solidariedade, na luta por uma cidadania responsável, que

diminua as desigualdades de oportunidades e a exclusão social, tão injustas quanto perniciosas.

### **9.1 - Aspectos positivos evidenciados no exercitar o cuidado solidário**

- As relações do grupo melhoraram significativamente, levando a uma integração maior no ambiente de trabalho e fora dele.
- A criatividade foi intensificada, comprovando-se pelas sugestões de mudanças destinadas a tornar as rotinas mais flexíveis na UTI, no turno da tarde.
- A entre-ajuda cresceu consideravelmente, proporcionando maior motivação e alegria, na execução dos trabalhos.
- A relação enfermagem/paciente tornou-se mais amistosa, demonstrando maior disponibilidade para com ele e maior interesse por seus sentimentos.
- O toque e a observação da linguagem não-verbal evoluíram, evidenciando preocupação da equipe com aspectos relacionados ao corpo e a outras formas de linguagem.
- O auxiliar de enfermagem passou a orientar mais o paciente, colocando a técnica a serviço do cuidado.
- Surgiu do grupo o recolhimento de donativos para aidéticos, campanha que se tornou mensal.
- A solidariedade se mostrou mais despojada entre o grupo, na hora da necessidade, por exemplo, na mobilização de pacientes.
- Evoluiu a preocupação de integrar-se mais com as equipes de outros turnos.
- Tornou-se evidente a vontade de continuar ampliando o trabalho e as discussões com outros profissionais da enfermagem do hospital.
- A alegria se fez sentir mais intensa e serenamente no ambiente de trabalho.
- Tornou-se mais qualificada a relação com os estudantes que fazem estágio à tarde.
- Os conhecimentos adquiridos passaram a ser utilizados no convívio com os familiares.
- A avaliação dos pacientes, em relação ao cuidado, referiu avanços na relação enfermagem, paciente e familiares.

- Também o familiar tornou-se alvo de preocupação.
- Foi sensível a gratificação do grupo em participar do trabalho, sugerindo o aprofundamento dos conceitos, em especial o aspecto da linguagem não-verbal.
- Descobriu-se não serem necessários grandes investimentos ou gastos para a mudança de atitudes, e redobrou o anseio por manter a coesão do grupo e o alto astral.
- As dificuldades de relacionamento foram enfrentados com diálogo e entendimento, entre os componentes da equipe, de modo a gerar uma interação mais harmoniosa da equipe com o paciente.
- O grupo superou os objetivos propostos, deixando aflorar a criatividade ao tomar iniciativas importantes, como a campanha de recolhimento de doativos, a integração com outros turnos e a mudança nas rotinas.
- A sistematização dos conceitos mostrou-se oportuna e eficiente, minimizando os resultados da atuação intuitiva e improvisada.
- A nossa vinculação profissional com o grupo facilitou o trabalho, aproximando-nos e integrando-nos.
- O interesse e a ajuda da enfermeira do turno foram fundamentais para garantir os resultados.
- A colaboração dos acadêmicos do VII e VIII níveis do Curso de Enfermagem e Obstetrícia na UPF foi valiosa e inestimável.

## 9.2 - Tópicos para reflexão

- A solidariedade é imprescindível na construção do processo do cuidado.
- Repensar o ensino-aprendizagem nos cursos de enfermagem, mudando o enfoque racionalista e tecnicista para o enfoque do cuidado mais humanizado, valorizando as vivências dos alunos.
- Associar a teoria à prática, processo simples e exequível.
- O comprometimento/descomprometimento/alienação do profissional de enfermagem.
- A complexidade/individualidade dos pacientes de UTI.
- A motivação das pessoas para cuidar da vida.

- Sem grandes investimentos pode-se provocar mudanças de atitude das pessoas.
- Importância da comunicação verbal/não-verbal/toque, na UTI.
- Vantagens da apresentação conjunta dos conceitos e da dinâmica de trabalho.
- A linguagem corporal, manifestação que possibilita o início do diálogo e a aproximação, necessários para a solidariedade no cuidado.
- A preocupação em respeitar a intimidade e privacidade do paciente é maior quando há mais envolvimento.
- O paciente da UTI e a interrupção dos seus projetos de vida.
- Refletir e examinar crenças e valores tornam mais ampla a compreensão do cuidado, do contexto social, do processo saúde/doença, da própria vida.
- O resgate existencial e seus reflexos sobre a importância e a valorização da vida.
- A preocupação com a ética e a bioética, na UTI.

## 10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARENDT, H. **A condição humana**. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1997.
- 2 - BARBOSA, S. F. **Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em UTI**. Dissertação de Mestrado UFSC, Florianópolis, 1995.
- 3 - BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. Edições Setenta. Lisboa. 1977.
- 4 - BÉRGAMO, M. A. **Transação do enfermeiro/paciente na consulta e/ou no atendimento de enfermagem percebendo uma relação criativo-terapêutica - compartilhada**. Dissertação de Mestrado. UFSC, 1994.
- 5 - BOUFLEUER, J. **A dialética na abordagem das questões educacionais**. Santa Maria, Caderno de Pesquisa, UFSM. 1990.
- 6 - CAPRA, F. **A teia da vida**. Cultrix-Amana Key. São Paulo, 1996.
- 7 - CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1983.
- 8 - CHOPRA, D. **As sete leis espirituais do sucesso**. Editora Best Seller, 17ª edição. São Paulo, 1994.
- 9 - CONTRERAS, J. e ARRUDA, E. N. **Revista texto e contexto**. Vol. 2, N 2. UFSC. Florianópolis, 1993.
- 10 - COREN-RS, **Legislação, Conselho Regional de Enfermagem, Porto Alegre**. 1997.
- 11 - CREMA, R. Et al. **Rumo à nova transdisciplinaridade**. Editora Summus. São Paulo, 1993.
- 12 - DALL'AGNOL, C. M. **O agir - refletir - Agir nos movimentos da integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho**. Florianópolis: UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994.
- 13 - ERDMANN, A. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Ed. Universitária, Pelotas, 1996.
- 14 - GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire - Artigo**. Editora Mestres de Educação. Rio de Janeiro, 1992.

- 15 - GARMAN, S. e RINEHART, N. **Power and critically ill client.** In: Rinehart, N. *Client or Patient? Power and related concepts in health care.* St. Louis. Ishiyaku Euroamerica, 1991.
- 16 - GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem.** Tradução de Regina M. Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 17 - GULINO, C. K. **Entering the misterious dimension of other: an existencial approach to nursing care.** *Nursing Outlook*, V.13 N6. 1982.
- 18 - HUDAK, C. M. e GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem.** Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1997.
- 19 - LEININGER, M. M. **Teoria do cuidado transcultural. Diversidade e universidade.** Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Anais, Florianópolis, 1985.
- 20 - LEOPARDI, M. T. **Polígrafo teorias de enfermagem.** UFSC, Florianópolis, 1997.
- 21 - MARSDEN, C. **Technology assesment in critical care.** *Heart e Lung*. Vol. 2, Nº 1. St. Louis, 1991.
- 22 - MAFESSOLI, M. **A contemplação do mundo.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.
- 23 - MEIRELLES, B.H.S. **A perspectiva de trabalho interdisciplinar nos serviços de atendimento ao portador de HIV/AIDS.** *Prática Assistencial*, UFSC. Florianópolis. 1997.
- 24 - MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** Editora Sarvier. São Paulo, 1994.
- 25 - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional.** Encarte especial. Brasília, 1996.
- 26 - NASON, M. **Psychosocial needs of critical care staff.** W. B. Savaders. Philadelphia, 1993.
- 27 - ORCAJO, A. **La posmodernidad o la fractura de las ilusiones.** Universidad de Carabobo. Valência, 1996.
- 28 - PATERSON, J.G. e ZDERAD, L.T. **Enfermeira humanística.** Editorial Limusa. México. 1988.
- 29 - PATRÍCIO, Z.M. **Ser saudável na felicidade-prazer.** UFSC, Florianópolis, 1996.
- 30 - PARKER, R. **A construção da solidariedade.** Rio de Janeiro: Abia - IMS-UERJ - Relume Dumará, 1994.

- 31 - PENNA, C. M. **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Editora da UFSC. Florianópolis, 1994.
- 32 - PESSINI, L. **Solidários na doença**. São Paulo: Papyrus, 1994.
- 33 - RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**. Dissertação de Mestrado. UFSC, Florianópolis, 1994.
- 34 - RATTON, J. L.A. **Medicina intensivista**. Rio de Janeiro. Edições Ateneu. Rio de Janeiro. 1992.
- 35 - REVISTA **Texto e contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Vol. 2, Nº2. 1993.
- 36 - SANTIN, S. **Ética e sensibilidade**. Conferência do I Seminário de Filosofia e Saúde(mimeografado). Florianópolis, 1994.
- 37 - SCHWARTZ, E. **Projeto prática assistencial**. UFSC, Florianópolis, 1997.
- 38 - STREIDER, I. **Os fundamentos do homem**. Recife: Fundação Antônio dos Santos Abranches, 1990.
- 39 - SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas: Papyrus, 1994.
- 40 - TAKAHASHI, E.I.U. **Visitas em unidade de terapia intensiva**. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 6, Set-1986.
- 41 - TRAVELBBE, J. **Intervencion en enfermería psiquiátrica**. F. A. Philadelphia, 1992.
- 42 - ULMANN, R. e BOHNEM A. **O solidarismo**. São Leopoldo: Unisinos, 1994.
- 43 - VALENTINI, L. D. **O professor e a cidadania**. **Revista Eclesiástica Brasileira**. Petrópolis, 1996.
- 44 - ZERWEKH, J. V. **The practice of empowerment and coercion by expert public health nurses**. **Journal of Nursing Scholasship**. vol. 24, nº 2. 1992.



## 11 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 - ACKERMAN, D. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1992.
- 2 - BUBER, M. **Eu e Tu** (tradução). Editora Moraes. São Paulo, 1974.
- 3 - CAMPOS, V. F. **O valor dos recursos humanos na era do conhecimento**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1995.
- 4 - CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1996.
- 5 - CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização - dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996, 3 vol.
- 6 - CHIAVENATTO, I. **Teoria geral de administração**. 2ed. São Paulo: Mc Graw - Hill, 1976.
- 7 - CHAUI, M. **Cultura do povo e autoritarismo das elites**. São Paulo: EDMC, 1979.
- 8 - CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- 9 - CNBB. **O grito dos excluídos**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- 10 - CORRÊA, C. T. **O que é ser educador. "O Nacional"**. Passo Fundo. 1997.
- 11 - CORTINA, A. **Razón comunicativa y responsabilidad solidária**. Ediciones Sígueme. Salamanca, 1985.
- 12 - DUTRA, L. e BETTINELLI, L. **Qualidade de vida dos auxiliares de enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo**. Monografia. Passo Fundo, 1996.
- 13 - FOLLET, M. P. **Profeta do gerenciamento**. Qualytimark. Rio de Janeiro, 1997.
- 14 - FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- 15 - GARRAFA, V. **A dimensão da ética em saúde pública**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.
- 16 - GELAIN, I. **O significado do ethos e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho**. Acta Paul. Enf.; São Paulo. V.5, 1992.
- 17 - GENTILI, P. A. A. e SILVA, T. T. **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. 3ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

- 18 - GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- 19 - HESSEN, J. **Filosofia dos valores**. 4ª edição. Gráfica Coimbra. Coimbra, 1974.
- 20 - JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Nº 79, 80, 81 e 85 de 1997. Órgão de divulgação do CFM. Brasília, 1997.
- 21 - JESUS, A. T. **Educação e hegemonia - pensamento de Antonio Gramski**. Campinas: Cortez/Unicamp, 1989.
- 22 - KRON, T. **Manual de enfermagem**. 4ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- 23 - MAFESSOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- 24 - MATTOS, R. A. **De recursos a seres humanos**. Brasília: Livre, 1992.
- 25 - MEYER, D. et all. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- 26 - MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes., 1994.
- 27 - MORAES, R. **Análise de conteúdos - Vivências de mestrandos em educação PUCRS** (Mimeo). Porto Alegre, 1994.
- 28 - MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil., 1996.
- 29 - MORIN, E. **Cultura de massas no século XX**. Rio de Janeiro: Forense Universitária., 1997.
- 30 - MOSCOVICI, F. **Razão e emoção**. Salvador: Casa da Qualidade., 1997.
- 31 - MOSCOVICI, F. **Renascença organizacional**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1993.
- 32 - MOUSTAKAS, C. **Pesquisa heurística**. Instituto Merrill - Palmer Detróit. 1994 (Mimeo).
- 33 - PESSINI, L. **Solidários na doença**. São Paulo: Paullus., 1994.
- 34 - PESSINI, L. e BACHIFONTAINE, C. P. (ORGS). **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1994.
- 35 - PESSINI, L. e BACHIFONTAINE, C. P.(ORGS). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.
- 36 - POLAK, Y. N. S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1997.

- 37 - RIBEIRO, L. **Comunicação global**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1993.
- 38 - RICHARDSON, S. P. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.
- 39 - RORTY, R. Solidarietà ou objetividade? **Revista Novos Estudos**, CEBRAP, n36, 1993.
- 40 - \_\_\_\_\_. **Contingency, irony and solidarity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- 41 - ROSEMBERG, F. **Da intimidade aos quiproquós: uma discussão em torno da análise de conteúdos**. Caderno Ceru. São Paulo, 1981.
- 42 - SAINT-PIERRE, H. L. **Entre a paixão e a razão**. Campinas: Unicamp, 1994.
- 43 - SANTINI, M. E. **Relatório prática assistencial**. UFSC. Florianópolis, 1997.
- 44 - SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Edições Afrontamento. Porto, 1989.
- 45 - SCARANO, J. **Cotidiano e solidariedade**. Brasiliense, 1994.
- 46 - SCHELER, M. **Da reviravolta dos valores**. Editora Vozes. Petrópolis, 1994.
- 47 - SCHRAMM, F. R. **A terceira margem da saúde**. Brasília: UNB, 1996.
- 48 - SIMÕES, S. P. **Significado e possibilidades da análise de conteúdos**. Rio de Janeiro: Técnico Educativo. Vol. 20., 1991.
- 49 - VALLA, V. V. e STOTZ, E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 50 - ZILLES, U. **Teoria do conhecimento**. Porto Alegre: PUC-RS., 1994.

## **12 - ANEXOS**

## ANEXO 1

1. Como você avalia o Cuidado de Enfermagem prestado na UTI hoje?
2. Como é o relacionamento enfermagem/paciente na UTI?
3. Cite cinco atitudes da enfermagem que você acha serem importantes na prestação do cuidado?
4. Cite cinco atitudes de enfermagem que você acha serem ruins e que dificultam a prestação do cuidado?
5. Como você acredita que o paciente gostaria de ser cuidado?
6. Qual o compromisso que a enfermagem tem para com o paciente?

**\* Não há necessidade de identificação.**

**\* Estes dados serão restritos ao grupo de trabalho, guardando-se sigilo e ética profissional.**

## ANEXO 2

### I) Identificação:

01- Idade: \_\_\_\_\_ 02 - ( ) Feminino 03 - ( ) Masculino 04 - ( ) Solteiro(a)  
05 - ( ) Casado(a) 06 - ( ) Separado(a) Divorciado(a) 07 - ( ) Viúvo(a)

### II) Você participa da comunidade?

08 - ( ) Associação de moradores 09 - ( ) Conselho Comunitário  
10 - ( ) Grupo de jovens 11 - ( ) Grupo de mães  
12 - ( ) Círculo de pais e mestres 13 - ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
14 - ( ) Não participo.

### III) Escolaridade:

15 - Qual o seu grau de instrução: \_\_\_\_\_  
No momento você estuda? 16 - ( ) Sim 17 - ( ) Não

### IV) Além de auxiliar de enfermagem você tem outro emprego ou outra ocupação?

18 - ( ) Sim 19 - ( ) Não

Qual a sua renda mensal como auxiliar de enfermagem?

20 - ( ) Menos de 1 salário mínimo 21 - ( ) de 1 a 2 salários mínimos  
22 - ( ) de 3 a 5 salários mínimos 23 - ( ) de 6 salários mínimos ou mais

Qual o total de sua renda mensal? \_\_\_\_\_

Qual a sua jornada de trabalho?

24 - ( ) 20 horas semanais 25 - ( ) 40 horas semanais 26 - ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Qual o turno de trabalho?

27 - ( ) Manhã 28 - ( ) Tarde 29 - ( ) Noite

Você tem alguma doença relacionada com o trabalho de auxiliar de enfermagem?

30 - Sim. Qual? \_\_\_\_\_ 31 - ( ) Não

### V) Relações sociais:

Você tem amigos? 32 - ( ) Sim 33 - ( ) Não

34 - O que você faz para se divertir? \_\_\_\_\_

### VI) Motivação no trabalho:

35 - Você se sente motivado(a) em seu trabalho? ( ) Sim ( ) Não

36 - O que mais o motiva em seu trabalho?

---

---

-

**VII) Satisfação no trabalho:**

Que grau de satisfação você se encontra em seu trabalho?

37 - ( ) Ótimo      38 - ( ) Bom      39 - ( ) Regular      40 - ( )

Insatisfeito(a)

Aspirações para o futuro:

41 - Você tem pretensões para o futuro? Quais? \_\_\_\_\_

---

---

-

-

## ANEXO 3

### Ficha de entrevista com paciente

1 - Dados pessoais:

Nome(iniciais):.....

Idade:.....

Sexo:.....

Estado civil:.....

Religião:.....

Procedência:.....

2 - Como o (a) Sr. (a) está se sentindo neste momento? Quais são os fatores que o fazem sentir-se assim?

3 - Como se sente em relação a receber ajuda da equipe de enfermagem? Como é o relacionamento com a equipe de enfermagem?

4 - Quais as atitudes esperadas em relação à equipe de enfermagem na prestação do cuidado? Quais as atitudes que dificultam o cuidado? Como se sente em relação ao toque da enfermagem?

5 - Como o (a) Sr. (a) interpreta a solidariedade nas relações com a enfermagem? Cite exemplos de atitudes solidárias que percebeu e considera importante nas pessoas que trabalham na enfermagem.

6 - O (A) Sr. (a) gostaria de fazer outras colocações?

Outras anotações (sinais vitais, monitorização, patologia básica, falas do paciente, dados referentes à alimentação, sono, religiosidade, etc...)



## ANEXO 4

### Consentimento Informado

O Senhor Luiz Antonio Bettinelli, Enfermeiro do HSVP e Professor da Universidade de Passo Fundo, está desenvolvendo um trabalho sobre a **solidariedade no cuidado** com a equipe de enfermagem e com pacientes internados na UTI do Hospital São Vicente de Paulo, no período de agosto de 1997 à julho de 1998.

O trabalho visa aprimorar as relações enfermagem/paciente no cuidado de enfermagem, observando-se sempre os preceitos éticos, legais e morais da profissão.

Para as pessoas que aceitarem participar deste trabalho acontecerá o seguinte:

- Encontros diários na Unidade de Terapia Intensiva, e na Sala de Reuniões onde serão discutidos e tratados assuntos pertinentes ao trabalho mencionado.
- As respostas dos questionários, anexos 1, 2 e 3 serão de caráter sigiloso, podendo serem divulgados conforme normas éticas.
- Aceito participar do trabalho, participando e colaborando sob os aspectos que regem uma boa conduta profissional.
- Entendo que não haverá riscos em participar deste trabalho, sendo que minha participação é voluntária.
- Desejo que não haja interferências ou alterações significativas na modalidade de meu trabalho.
- Será permitido fotografar, filmar, utilizar gravador, fazer anotações sobre aspectos relacionados ao meu trabalho na assistência aos pacientes durante a prática assistencial.
- Desejo que as informações obtidas sejam de caráter confidencial, não utilizando-se qualquer tipo de identificação nos questionários e/ou instrumentos utilizados na realização do trabalho.
- Foram discutidos aspectos relacionados ao cronograma, atividades a serem realizadas, poderei opinar, fazer perguntas e participar livremente do trabalho.
- Permito também a observação de minha atuação durante a assistência prestada aos pacientes na UTI.

Passo Fundo, ..... de ..... de 199 .....

Assinatura

## ANEXO 5

### Consentimento Informado - Paciente

O Senhor Luiz Antonio Bettinelli, Professor da Universidade de Passo Fundo e Enfermeiro do HSVP, está desenvolvendo um trabalho sobre o **cuidado solidário** com pacientes e com a equipe de enfermagem da UTI do Hospital São Vicente de Paulo, no período de agosto de 1997 à julho de 1998.

O trabalho visa aprimorar as relações enfermagem/paciente e melhoria na qualidade do cuidado, observando-se sempre os preceitos éticos, legais e morais da profissão.

Ao aceitar participar deste trabalho acontecerá o seguinte:

- Acontecerão encontros diários durante a prestação do cuidado ou não em que serão abordados assuntos pertinentes ao trabalho mencionado.
- As respostas ao questionário nº 4, e/ou instrumento utilizado as observações e os acontecimentos ocorridos durante a relação do cuidado serão de caráter sigiloso, podendo serem divulgados conforme normas éticas e sem a minha identificação.
- Entendo que não haverá riscos e nem alterações significativas no meu tratamento que por ventura poderão dificultar a minha recuperação.
- Desejo que não haja interferências ou alterações na modalidade do trabalho executado e nas minhas relações com a equipe da UTI e com familiares.
- Será permitido fotografar, filmar, utilizar gravador, fazer anotações sobre aspectos relacionados com a assistência na UTI.
- Aceito que o enfermeiro Luiz Antonio Bettinelli obtenha informações a meu respeito no prontuário do paciente e com a equipe de trabalho. Estas informações são confidenciais, minha identidade não poderá ser revelada.
- Os dados deste estudo poderão serem divulgados e discutidos conforme preceitos éticos, legais e morais da profissão.
- Poderá ser feito acompanhamento a mim, após a alta do setor de UTI e mesmo em meu domicílio.

- A minha participação é voluntária, sendo que os encontros devam ser efetuados nos momentos propícios para o diálogo, respostas e questionamentos a respeito do assunto em estudo.

Passo Fundo, ..... de ..... de 199 .....

Assinatura

## ANEXO 6

### AUTORIZAÇÃO

Autorizamos, o Enfermeiro e Professor Universitário, **Luiz Antonio Bettinelli**, COREN-RS 15598, a realizar a Prática Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário São Vicente de Paulo, no turno da tarde ou em horários a combinar com a chefia do setor. Outrossim, reiteramos que sejam respeitados os dispositivos da Lei e da Legislação da Enfermagem na condução do trabalho da Prática Assistencial e/ou estudo para a dissertação do mestrado na área de Assistência de Enfermagem.

Passo Fundo,

Bel. Ilário Jandir De David  
Administrador

Enfª Carmelina A. Pellegrini  
Chefia de Enfermagem

## ANEXO 7

### AUTORIZAÇÃO

Autorizamos, o Enfermeiro e Professor Universitário, **Luiz Antonio Bettinelli**, COREN-RS 15598, a realizar a Prática Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário São Vicente de Paulo, no turno da tarde ou em horários a combinar com a chefia do setor. Outrossim, reiteramos que sejam respeitados os dispositivos da Lei e da Legislação da Enfermagem na condução do trabalho da Prática Assistencial e/ou estudo, sem que haja interferência na rotina da unidade.

Passo Fundo,

Chefe Enfermagem/UTI

Enfermeira UTI/Turno da tarde